Rok XLIV. Kraków 4 Listopada 1905. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Kilka słów o t. zw. objawie Kerniga.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński, asystent kliniki.

We wprowadzonem przed kilkunastu laty przez Quinckego nakłuciu lędźwiowem sztuka lekarska zyskała niewątpliwie cenny i pewny środek tak dla rozpoznawania zapalenia opon w ogólności, jak też dla różniczkowego rozpoznania poszczególnych odmian tej choroby; dzisiaj zabieg ten, nietrudny i przy zachowaniu odpowiednich ostrożności nie przedstawiający żadnego niebezpieczeństwa, stanowi już integralną część klinicznych metod badania. Jednakże dla łatwo zrozumiałych przyczyn nakłucie lędźwiowe jako środek rozpoznawczy we wczesnym okresie choroby niewielkie dotychczas znalazło zastosowanie poza murami szpitala lub kliniki; lekarz praktyczny zmuszonym jest i dziś zatem posługiwać się innymi, nie tak namacalnymi środkami badania. Jednym z objawów, za którym zwykliśmy starannie poszukiwać w każdym przypadku podejrzanym w kierunku zapalenia opon mózgowordzeniowych, czy to gruźliczej, czy też nagminnej natury, jest t. zw. objaw Kerniga. Jak wiadomo, polega on na tem, że jeżeli choremu, u którego w pozycyi leżącej żadnych przykurczeń nie znajdujemy, każemy usiąść, lub posadzimy go na łóżku, wówczas wystąpi przykurczenie kończyn dolnych tak znaczne, iż uciskając z pewną nawet siłą na staw kolanowy, wyrównać go nie jesteśmy w stanie. Przyczyną tego objawu jest prawdopodobnie podrażnienie korzonków nerwowych, a co za tem idzie, pewien stan wzmożonego napięcia mięśniowego. Dopóki poszczególne grupy mięśni znajdują się w równowadze, wzmożone to napięcie nie występuje na jaw; natomiast, skoro — jak to ma miejsce w pozycyi siedzącej z wyciągniętemi kończynami, — pewne grupy mięśni zostaną zwolnione, wówczas występuje tem silniejszy skurcz w grupach antagonistycznych. Galli[1]) przyjmuje, iż przyczyna tego podrażnienia, a zatem występowania objawu Kerniga, jest zwiększone parcie w kanale rdzeniowym i uważa, iż objaw ten jest równie pewną oznaką tego zwiększenia parcia, co bezpośrednie wykazanie go nakłuciem lędźwiowem. Z tego powodu poleca Galli badanie w kierunku objawu Kerniga, jako dogodny sposób, mogący zastąpić w praktyce nakłucie lędźwiowe. Co do swoistego znaczenia rozpoznawczego dla nagminnego zapalenia opon, jakie pierwotnie objawowi Kerniga przypisywano, to straciło ono wiele na wartości wobec licznych doniesień, stwierdzających obecność tego objawu w innych stanach chorobowych. Carrière[2]) i Netter[3]) spostrzegali go w ciężkich przypadkach duru brzusznego; Georget[4]) w zapaleniu płuc; Abadie[5]) i Magri[6]) w nerwobolu kulszowym; przedewszystkiem zaś liczni autorowie stwierdzają obecność objawu Kerniga w gruźliczem zapaleniu opon. Wobec tych spostrzeżeń większość autorów przypisuje dziś obecności tego objawu tylko względne znaczenie.

Od dłuższego czasu zwracałem uwagę na objaw Kerniga na naszym obfitym materyale gruźliczego zapalenia opon; w ciągu ubiegłych miesięcy spostrzeżenia te mogłem powiększyć kilkudziesięcioma przypadkami nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych — wreszcie załączam tu kilka przypadków innej natury chorobowej.

Spostrzeżenia te przekonały mnie przedewszystkiem, iż jeżeli chcemy oceniać częstość i stałość pojawiania się objawu Kerniga u dzieci, wówczas musimy przeprowadzić pewien podział, którego podstawę stanowić będzie wiek dziecka. Różnica zachowania się pod tym względem w pierwszem dzieciństwie, a w późniejszym okresie wieku jest bardzo wybitna: podczas gdy u dzieci starszych spotykałem objaw Kerniga bardzo często, to w pierwszem dzieciństwie natomiast, t. j. u dzieci 2—3-letnich, w tych samych okolicznościach brakowało objawu tego prawie zawsze. Nigdy nie znalazłem go u niemowląt. Potwierdzenia tego spostrzeżenia dostarczyło mi odnośne piśmiennictwo, gdyż jakkolwiek nie spotkałem się ze ściśle sformułowanym poglądem o znaczeniu wieku dziecka w tym kierunku, to jednak prawie wszystkie opisane przypadki zapalenia opon, w których objaw Kerniga był ujemny, odnoszą się do dzieci w pierwszych latach życia.

Odsetkowo przedstawiał się dodatni wynik badania jak następuje:

W gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci powyżej lat 3 znalazłem objaw Kerniga 20 razy na 34 badanych przypadków = 59%. Objaw ten występuje niekiedy już w pierwszym, często dopiero w drugim okresie; w ostatnim, porażnym, zwykle znika W jednym ze spostrzeganych przypadków objaw Kerniga wystąpił tak wcześnie i tak wybitnie, iż pozwolił na pewne postawienie rozpoznania, zanim jeszcze choroba przybrała swój typowy obraz.

W nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych objaw Kerniga był obecny 19 razy na 25 przypadków, tyczących się dzieci również powyżej lat 3 (76%). Widzimy

[1]) Rivista critica di clinica medica 1900, Nr. 41, 52 (streszczenie w Archiv. f. Kinderh. T. 37, str. 167).

[2]) Revue mens. des malad. de l'enf. 1903, str. 183.

[3]) Soc. de biolog. 1903, 17 Janv. Paris.

[4]) Thèse de Paris, 1903.

[5]) Comptes rendus de la soc. de biol. de Paris. 1902, str. 1412.

[6]) Riforma medica 1902, Nr. 83 (streszczenie j. w.).

zatem, że po wykluczeniu pierwszego dzieciństwa, objaw ten w nagminnem zapaleniu opon spotkać można wprawdzie nie zawsze, ale w każdym razie bardzo często, przyczem, jak mogłem stwierdzić, znaczne nasilenie przykurczenia i bolesność przy badaniu w tym kierunku towarzyszą zwykle ciężkiemu przebiegowi choroby. Utrzymywanie się długi czas objawu Kerniga świadczy, iż sprawa chorobowa nie jest ukończona: tak n. p. w dwóch przypadkach, w których w jednym po 9-tygodniowem, a w drugim po 12-tygodniowem trwaniu choroby objaw Kerniga był jeszcze bardzo wybitny, badanie płynu mózgowordzeniowego (płyn ropny, zawierający meningokoki) wykazało, iż proces zapalny był jeszcze w całej pełni. Jeżeli natomiast w przebiegu zapalenia nagminnego opon objaw Kerniga, przedtem dodatni, poczyna ustępować, można to uważać za znak pomyślny w rokowaniu.

Że samo podrażnienie opon bez zmian zapalnych może być przyczyną wystąpienia objawu Kerniga, przekonałem się w następującym przypadku:

Chłopiec lat 9, przywieziony do szpitala w stanie bezprzytomnym. Badanie fizyczne stwierdziło wysięk opłucny lewostronny; wysięk ten okazał się ropnym na tle gronkowca ropotwórczego. Z powodu przypadłości mózgowych i obecności objawu Kerniga wykonano nakłucie lędźwiowe: ciśnienie wynosiło 40 mm. rtęci, płyn jasny wykazywał ślad białka. Z bardzo skąpego osiadu, zawierającego nieco ciałek wielojądrzastych, wyhodowałem również gronkowca ropotwórczego. Chłopiec zmarł na drugi dzień po przybyciu do szpitala. Sekcya wykazała ogniska ropne prawie we wszystkich narządach, na oponach mózgowordzeniowych wszakże żadnych zmian zapalnych nie było.

Również do podrażnienia opon prawdopodobnie toksycznej natury musimy odnieść pojawianie się objawu Kerniga w przebiegu ostrych chorób gorączkowych, zwłaszcza duru brzusznego. Dwa ciężkie przypadki tego rodzaju miałem sposobność świeżo spostrzegać. Przy równoczesnem zajęciu świadomości objaw Kerniga wystąpił w obu przypadkach (chłopiec 10-letni i dziewczyna 8-letnia, rodzeństwo) tak wybitnie, iż wobec panującej równocześnie epidemii nagminnego zapalenia opon rozpoznanie przechylało się początkowo na tę stronę Wobec spostrzeżeń Carrièrća[7]), który objaw Kerniga w przebiegu duru brzusznego uważa za objaw bardzo niepomyślny w rokowaniu, zaznaczyć muszę, iż nasze oba przypadki ukończyły się wyleczeniem; nie można zatem tego złego rokowania uważać za bezwzględne prawidło.

Wreszcie spotkałem objaw Kerniga 2 razy w przebiegu ciężkiego zapalenia płuc (jedno z zejściem śmiertelnem) i jednym przypadku rażenia słonecznego (wyleczenie). I w tych przypadkach objawowi Kerniga towarzyszyło zajęcie świadomości.

Jak zatem wobec przytoczonych faktów przedstawia się wartość rozpoznawcza objawu Kerniga? Nie jest ona oczywiście bezwzględną: ani brak objawu Kerniga nie pozwala na wykluczenie zapalenia opon, ani też obecność tego objawu nie może być uważana sama przez się za zupełnie pewny dowód istnienia sprawy zapalnej na oponach mózgowordzeniowych. Do różniczkowania pomiędzy gruźliczem, a nagminnem zapaleniem opon objaw ten również zużytkowanym być nie może. W zastosowaniu praktycznem jednak, pomimo tej niezupełnej ścisłości, objaw Kerniga może w zestawieniu z całością obrazu chorobowego oddać nam bardzo cenne usługi. Obecność tego objawu daje nam w rękę namacalny dowód, że mamy do czynienia z wybitnem podrażnieniem opon mózgowordzeniowych; inne szczegóły obrazu chorobowego muszą rozstrzygnąć, do jakiego tła podrażnienie to odnieść należy. Podobnie jak przy większości środków rozpoznawczych, tak i tu dodatni wynik badania ma znacznie większe znaczenie, niż ujemny. W pewnych okolicznościach dodatni ten wynik może być wprost rozstrzygający: jeżeli n. p. spotykamy u dziecka zbiór tych zrazu nieuchwytnych objawów, które budzą podejrzenie początkowego okresu gruźliczego zapalenia opon, wówczas stwierdzenie objawu Kerniga zmienia to podejrzenie w niezbitą pewność. Gdy zważymy, jak ważnem dla lekarza, a jak trudnem nieraz jest wczesne rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon, to musimy podkreślić, iż w tych właśnie okolicznościach poszukiwanie za objawem Kerniga ma największe praktyczne znaczenie. Badanie w tym kierunku jest wskazanem bezwarunkowo w każdym wątpliwym przypadku, a zwłaszcza tam, gdzie nakłucie lędźwiowe nie może być dla różnych względów uskutecznione.

Wspominałem poprzednio o teoryi, tłomaczącej powstawanie objawu Kerniga wzmożonem ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego. Pragnąc przekonać się, jaki zachodzi stosunek pomiędzy objawem Kerniga, a podniesieniem ciśnienia w kanale rdzeniowym, zwracałem uwagę na zachowanie się tego objawu bezpośrednio po wypuszczeniu pewnej ilości płynu, a co za tem idzie, znacznem obniżeniu parcia. Tak n. p. wykonałem nakłucie lędźwiowe u chłopca 6-letn. z zapaleniem opon gruźliczem, u którego objaw Kerniga był bardzo wyraźny. Ciśnienie wynosiło 110—115 mm. rtęci; po wypuszczeniu 28 sz. cm. płynu spadło do 15 mm. Badanie chłopca bezpośrednio po wykonaniu zabiegu stwierdziło, iż objaw Kerniga znikł zupełnie, jednakże już w 8 godzin później pojawił się ponownie, prawdopodobnie wskutek zebrania się nowych ilości wysięku.

Również w innym przypadku gruźliczego zapalenia opon objaw ten, przedtem dodatni, znikł bezpośrednio po wykonaniu nakłucia i obniżeniu parcia płynu z 70 na 15 mm. rtęci. W tych przypadkach zatem objaw Kerniga zdawał się pozostawać istotnie w przyczynowej zależności od wzmożonego parcia w kanale rdzeniowym. Jednakże tłomaczenia tym sposobem mechanizmu objawu Kerniga nie można uogólniać. Miałem sposobność spostrzegać przypadki gruźliczego zapalenia opon, w których ciśnienie było bardzo znaczne, a objawu Kerniga brakło zupełnie; z drugiej strony w innych przypadkach tej choroby ciśnienie było niezbyt wzmożone, a objaw Kerniga był bardzo wybitny: tak n. p. było u wspomnianego powyżej dziecka, u którego objaw ten stanowił jeden z najwcześniejszych oznak gruźliczego zapalenia opon Również w końcowym okresie gruźliczego zapalenia opon, t. zw. okresie porażnym, znika objaw Kerniga, pomimo że, jak się przekonałem, ciśnienie w tym okresie może być bardzo znaczne i wynosi nieraz do 100 mm. rtęci. Przeciwko wyłącznemu tłomaczeniu objawu Kerniga wzmożeniem ciśnienia przemawia również częste pojawianie się tego objawu w zapaleniu opon nagmin-

[7]) L. c.

nem, dla którego niektórzy autorowie objaw ten chcieli nawet uczynić swoistym, a przy którym — jak miałem sposobność się przekonać — ciśnienie jest wzmożone zwykle nieznacznie. Co do zachowania się objawu Kerniga w nagminnem zapaleniu opon bezpośrednio po wypuszczeniu pewnej ilości płynu, to wprawdzie w jednym przypadku zauważyłem ustąpienie tego objawu po obniżeniu parcia, zwykle jednak utrzymywał się on bez zmiany po wykonaniu nakłucia, a badanie w tym kierunku było bardzo bolesne. Prawdopodobnie przyczyną tego objawu jest w tych przypadkach samo rozszerzenie się sprawy zapalnej na opony rdzenia. Sądzę zatem, że jakkolwiek występowanie objawu Kerniga jest niewątpliwie wyrazem wzmożonej pobudliwości korzonków nerwowych, to jednak przyczyna tego stanu może mieć różne źródła: bądźto samą sprawę zapalną, rozszerzającą się na opony rdzeniowe, bądź też wzmożenie ciśnienia w kanale rdzeniowym, lub wreszcie działanie toksyn.

Kończąc tych kilka uwag, poczuwam się do obowiązku podziękowania memu czcigodnemu szefowi prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

II. Nabłoniak złośliwy kosmówki (*chorionepithelioma malignum*) w świetle nowszych badań.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904).

(Ciąg dalszy.)

Co się tyczy dokładniejszej budowy histologicznej tych nowotworów, to pod tym względem zgodnie z Marchandem rozróżniamy 2 główne postacie: typową i atypową. W przypadkach typowych znajdujemy mikroskopowo mniejsze lub większe belki, utworzone z ziarnistej protoplazmatycznej masy z nierównomiernie wśród niej rozmieszczonymi, silnie się barwiącymi (a więc zawierającymi dużo chromatyny) jądrami rozmaitego kształtu i wielkości; są to więc pokłady syncytyalne, które, łącząc się ze sobą, wytwarzają splot, jakby siatkę o okach najrozmaitszego kształtu i wielkości; większe oka tej siatki są niejednokrotnie jeszcze poprzecinane nitkowatemi lub pasmowatemi wypustkami protoplazmatycznemi (bez jąder), odchodzącemi od większych belek. Na obwodzie te belki syncytyalne miejscami, choć nie wszędzie, posiadają rąbek włosisty lub nawet dość wyraźne migawki; wśród ich protoplazmy dość często widzieć można mniejsze lub większe wakuole, próżne lub wypełnione krwinkami czerwonemi; za pośrednictwem swoistych odczynników wśród protoplazmy można wykazać obecność kropelek tłuszczu. Szerokość tych belek protoplazmatycznych bywa bardzo zmienna, miejscami są one bardzo wązkie w postaci ledwo dostrzegalnych wypustek protoplazmatycznych, gdzieindziej przeciwnie są one nawet bardzo szerokie.

W okach siatki, splotu, utworzonego przez te masy syncytyalne, znajdujemy w typowych przypadkach nagromadzone mniej lub więcej liczne, jasne, ostro od siebie odgraniczone wieloboczne komórki z jasnem, słabo się barwiącem okrągłem jądrem; wśród cytoplazmy tych komórek łatwo wykazać obecność glikogenu. W komórkach tych, odpowiadających komórkom Langhansa w kosmku, względnie często widzieć można figury karyokinetyczne, podczas gdy w masach syncytyalnych karyokinezy dotychczas nie spotykano i co najwyżej opisywano prosty podział jąder. Ta obecność dwóch rodzajów komórek — syncytyum i komórek Langhansa, wzajemny ich do siebie stosunek, wreszcie przesiąknięcie tkanki krwią, obecność licznych skrzepów włóknikowych, składają się na właściwą charakterystykę tego nowotworu w przypadkach typowych. Podnieść przytem należy, że gniazda nabłonkowe niejednokrotnie są ze wszech stron otoczone skrzepami włóknika, które to skrzepy niekiedy w postaci szerszych lub węższych pasm wdzierają się również pomiędzy oddzielne komórki, opasując je nawet dookoła; nawet wśród samychże skrzepów spotkać można także rozrzucone oddzielne komórki. Ten stosunek komórek nowotworowych do skrzepów zdaje się przemawiać za ich zdolnością powodowania krzepnięcia w otoczeniu, co odpowiada również fizyologicznemu zachowaniu się tych komórek podczas ciąży, gdzie, dzięki właśnie (przynajmniej częściowo) tej własności nabłonka, kosmki przyklejają się do powierzchni doczesnej.

Nie wszędzie znajdujemy opisane wyżej ugrupowanie elementów nowotworowych — syncytyum i komórek Langhansa: nawet w przypadkach typowych w wielu miejscach są one rozrzucone bezładnie, przyczem miejscami przeważa syncytyum, miejscami komórki Langhansa; zupełnie typowe obrazy wcale pospolicie spotykają się w postaci czopów komórkowych w świetle mniejszych i większych naczyń żylnych. Prócz tych dwóch głównych rodzajów komórek, nawet w typowych przypadkach nabłoniaka kosmówki spotykają się także komórki, stanowiące niejako przejście pomiędzy tymi dwoma rodzajami nabłonka; są to zwykle wielkie jednojądrzaste, rzadziej dwulub wielojądrzaste komórki rozmaitego kształtu; jądra tych komórek są również różnokształtne; cytoplazma i jądra barwią się tutaj rozmaicie silnie. Wśród partyi nowotworowych dobrze zachowanych spotykamy w nabłoniaku kosmówki bardzo pospolicie także miejsca z obumarłymi już lub obumierającymi elementami nowotworowymi; zjawisko to nie powinno nas zadziwiać wobec tego, że, jak to w swoim czasie wykazali Marchand, Poten i Wassmer, Langhans i inni, nowotwór ten nie posiada własnych nowowytworzonych naczyń i odżywia się tylko materyałem, dostarczonym z obwodu i przez zachowane jeszcze naczynia macierzyste. W końcu wspomnieć musimy, że na obwodzie ognisk nowotworowych wśród zachowanej jeszcze tkanki niejednokrotnie widzieć można mniej lub więcej rozległe nacieki drobnokomórkowe.

W przypadkach atypowych tego wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy 2 rodzajami nabłonka kosmkowego i tego charakterystycznego ugrupowania komórek nie znajdujemy. Jak powiada Marchand, w tych przypadkach „das Chorionepithel hat überall ganz oder wenigstens grösstentheils seine eigenthümliche normale Anordnung aufgegeben oder verloren und tritt nur in Gestalt isolierter Zellen auf, welche indess verschiedene Beschaffenheit zeigen können“. Tutaj stosunkowo rzadko spotykamy komórki o typowem wejrzeniu komórek Langhansa, jak również rzadko tylko widzieć można wielkie pokłady syncytyalne; główna masa nowotworu składa się z pomieszanych ze sobą bezładnie komórek najróżnorodniejszych, z których jedne zbliżają się do typu ko-

mórek Langhansa, inne tworzą skupienia mniejszych i większych najrozmaitszego kształtu komórek o silnie barwiącej się protoplazmie; jądra tych komórek zawierają dużo chromatyny (silnie się barwią), przybierają kształt najrozmaitszy i są zmiennej wielkości, dochodząc często wprost olbrzymich rozmiarów; komórki te są jużto jedno- lub dwujądrzaste, już też, nawet często, wielojądrzaste tak, że stanowią one już bezpośrednie przejście do mas syncytyalnych. Zdaniem licznych autorów ta różnokształtność komórek jest wynikiem tego, że w pewnych warunkach masy syncytyalne rozpadać się mogą na szereg oddzielnych komórek rozmaitego kształtu i wielkości, te zaś komórki, ulegając całemu szeregowi przeobrażeń, zmieniać się mają w ostatecznym wyniku w komórki Langhansa; z drugiej strony komórki Langhansa, zlewając się ze sobą i odpowiednio się przeobrażając, mogą dawać początek wielkim masom syncytyalnym; rzeczywiście zwłaszcza w atypowych przypadkach nabłoniaka złośliwego kosmówki niejednokrotnie można wykazać cały szereg postaci przejściowych pomiędzy komórkami Langhansa, a masami syncytyalnemi, co zdaje się przemawiać za słusznością powyższego twierdzenia [4]).

W takich atypowych przypadkach niejednokrotnie w ścianach zajętego narządu nie tworzy się właściwy guz, a raczej powstaje naciek nowotworowy, złożony z powyżej opisanych różnokształtnych komórek. Prócz właściwych elementów nowotworowych, podobnie jak w typowych przypadkach, znajdujemy tutaj również rozległe wylewy krwi, mniej lub więcej rozległą martwicę elementów nowotworowych i tkanek macierzystych, wnikanie komórek nowotworowych w ściany i do światła naczyń żylnych, wreszcie obecność licznych skrzepów włóknikowych, zachowujących się podobnie, jak to ma miejsce w przypadkach typowych.

Opisane powyżej dwa typy nabłoniaka złośliwego kosmówki nie wyczerpują jeszcze wszystkich obrazów, jakie spotkać możemy przy badaniu tych nowotworów. Opisywano już niejednokrotnie przypadki, stanowiące niejako przejścia pomiędzy tymi dwoma typami; spotykają się również nabłoniaki kosmówki, złożone prawie wyłącznie tylko z komórek Langhansa lub prawie tylko z mas syncytyalnych. Niektórzy autorowie na tej podstawie starali się wyróżniać cały szereg rozmaitych rodzajów nabłoniaka złośliwego kosmówki, w rzeczywistości jednak podział taki nie daje się ściśle przeprowadzić, zwłaszcza wobec tego, iż niejednokrotnie w jednym i w tym samym guzie nowotworowym spotykamy najrozmaitsze obrazy: obok miejsc o utkaniu typowem znajdujemy ogniska, zupełnie atypowe; obok partyi, złożonych wyłącznie lub prawie wyłącznie z komórek Langhansa widzieć można rozległe gniazda, składające się wyłącznie z wielkich mas syncytyalnych i t. d. Z tego względu najsłuszniejszym jest, zresztą ogólnie przyjęty, podany przez Marchanda podział nabłoniaków kosmówki na typowe i atypowe.

Łatwo zrozumieć, że w atypowych przypadkach wejrzenie mikroskopowe nabłoniaka złośliwego kosmówki może wysoce przypominać utkanie mięsaka. Wobec tego nie można się dziwić, że przez tak długi czas cały szereg autorów niewłaściwie pojmował ten nowotwór, a nawet, że dziś jeszcze niektórzy autorowie (świeżo n. p. Freund) twierdzą, iż przynajmniej część nabłoniaków złośliwych kosmówki należy właściwie do grupy śródbłoniaków lub mięsaków. Rzeczywiście niekiedy stanowcze rozstrzygnięcie, z jakim nowotworem mamy w danym przypadku do czynienia, napotyka na bardzo wielkie trudności, a nawet może być wprost niemożliwem; w takich przypadkach należy uwzględniać całokształt spotykanych obrazów i nie ograniczać się do badania skrawków z jednego lub paru tylko miejsc, badać wycinki z najrozmaitszych miejsc danego nowotworu, gdyż wtedy nawet w atypowych przypadkach niejednokrotnie udaje się wykazać obecność charakterystycznych 2 rodzajów nabłonka kosmkowego — syncytyum i komórek Langhansa.

Jedną z charakterystycznych cech nabłoniaka kosmówki jest, jak to już i wyżej wspominaliśmy, jego wielka złośliwość, objawiająca się z jednej strony szybkiem wnikaniem elementów nowotworowych w głąb zajętego narządu i niepohamowanym rozrostem w ścianach i otoczeniu tego narządu, z drugiej strony — szybkiem tworzeniem mniej lub więcej licznych przerzutów w odległych narządach. Poprzednio już mówiliśmy o tem, jak rozrasta się ten nowotwór w zajętym przezeń narządzie, skąd przechodzić może w podobny sposób na części otaczające. Widzieliśmy przytem, że nabłonki płodowe przy tym rozroście wnikają w bardzo znacznej ilości w ściany i do światła naczyń krwionośnych; tą właśnie okolicznością tłómaczy się nam łatwość, z jaką nabłoniak złośliwy kosmówki tworzy przerzuty: wnikające do światła naczyń krwionośnych komórki nowotworowe zostają uniesione prądem krwi i wraz z nią dostają się do rozmaitych narządów, gdzie jako obdarzone wielką siłą proliferacyjną, natrafiając na odpowiednie podłoże, rozrastają się dalej, dając początek nowym guzom nowotworowym, t. j. przerzutom. Wogóle więc nowotwór ten tworzy przerzuty, podobnie jak mięsak, drogą naczyń krwionośnych, wyjątkowo jednakże może się on przerzucać również i drogą naczyń chłonnych i kilkakrotnie już opisywano przerzuty tego nowotworu w odpowiednich gruczołach chłonnych.

Przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki stosunkowo najczęściej spotykamy w płucach, co łatwo jest zrozumiałem wobec tego, iż tutaj zwykle po raz pierwszy krążące w krwi żylnej komórki nowotworowe trafiają na naczynia włosowate, w których grzęzną i rozrastają się dalej, przechodząc na otoczenie. Powstające w ten sposób przerzuty w płucach zwykle nie dochodzą znaczniejszej wielkości, często są bardzo drobne, ledwo dostrzegalne gołem okiem; bywają jednak one również i nieco większe aż do wielkości orzecha laskowego; wyjątkowo tylko spotykamy tutaj jeszcze większe guzy przerzutowe. Niekiedy przybierają one kształt zawałów krwotocznych (infarctus haemorrhagici), od których wtedy trudno je makroskopowo odróżnić ze względu na znaczną ilość nasiąkłej krwi. Zresztą makroskopowo przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki wogóle nie różnią się od ognisk

---

[4]) W jakich warunkach następuje to przeobrażenie się syncytyum w komórki Langhansa i odwrotnie, na to pytanie nie możemy dotychczas dać stanowczej odpowiedzi. Rosner w swej pracy na podstawie znalezionych obrazów mikroskopowych, stawia hypotezę, że zarówno w prawidłowych, jak i w patologicznych warunkach syncytyum tylko tam ma byt zapewniony, gdzie styka się z płynem, podczas gdy w zetknięciu się z ciałem stałem (skrzepami, włóknikiem) traci warunki bytu. Być więc może, że rozpad syncytyum na oddzielne komórki następuje w zetknięciu się jego ze stałymi skrzepami, z włóknikiem, podczas gdy odwrotnie komórki Langhansa, stykając się z płynami odżywczymi, być może zlewają się ze sobą, przybierając postać mas protoplazmatycznych.

macierzystych ich zaś różnica mikroskopowa polega głównie na tem, że zwykle posiadają one utkanie atypowe, częstokroć utworzone prawie wyłącznie z mniejszych i większych mas protoplazmatycznych z licznemi jądrami; przytem jednakże zawsze zwraca na siebie uwagę obfitość wylewów krwi i skrzepów włóknikowych. Rzadziej, aniżeli w płucach spotykamy przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki w wątrobie, gdzie komórki nowotworowe mogą się dostawać z krwią żyły wrotnej, jak to n. p. miało miejsce w przypadku Hübla: w tym przypadku w wielkich pniach żyły wrotnej znajdowały się obfite przeniesione tutaj masy nowotworowe.

Stosunkowo rzadziej, niż w płucach i w wątrobie, spotykamy przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki w innych narządach wewnętrznych, a mianowicie: w śledzionie, w nerkach, w mózgu, w kościach, a nawet w ścianach przewodu pokarmowego (Menge). Powstawanie przerzutów w tych narządach tłómaczyć sobie musimy dostawaniem się elementów nowotworowych do wielkiego krążenia; zjawisko to nie powinno nas zadziwiać wobec tego, iż spotyka się je pospolicie również i przy innych nowotworach: wobec stosunkowo znacznej szerokości kapillarów płucnych komórki nowotworowe mogą niekiedy przechodzić przez nie i wraz z krwią żył płucnych dostawać się do lewego serca, stąd zaś zostają już rozniesione po całym organizmie; dostawanie się elementów nabłoniaka złośliwego kosmówki do światła żył płucnych jest tem bardziej ułatwione, że przerzuty tego nowotworu w płucach, podobnie jak i w innych narządach, szerząc się na otoczenie, okazują dążność do wrastania w ściany i do światła naczyń żylnych, wobec czego masy nowotworowe mogą wrastać wprost do światła żył płucnych i już stąd wraz z krwią cząstki nowotworu dostawać się mogą do lewego serca. Jak świadczy przypadek Bussego, te dostające się do lewego serca składniki nabłoniaka złośliwego kosmówki mogą niekiedy już tutaj w sercu rozrastać się w wielkie guzy nowotworowe, a oderwane od tych guzów cząstki nowotworu mogą stać się powodem licznych zatorów nowotworowych w całym szeregu narządów wewnętrznych.

Prócz wymienionych narządów, bardzo często, można powiedzieć najczęściej, gdyż częściej nawet, niż w płucach przerzuty nabłoniaka złośliwego kosmówki spotykamy w pochwie; niejednokrotnie dopiero te przerzuty zwracają uwagę chorej, a i lekarzowi one przedewszystkiem wpadają w oczy. Przerzuty te nie różnią się zresztą od przerzutów w innych narządach, chyba tylko tem, że stosunkowo częściej posiadają tutaj zupełnie typowe utkanie. Powstawanie tych przerzutów w pochwie tłómaczy się poprostu łatwością dostawania się elementów nowotworowych do światła rozszerzonych podczas ciąży splotów żylnych.

Ta wybitna złośliwość nabłoniaka kosmówki stawia go w jednym rzędzie z najbardziej złośliwymi znanymi nam nowotworami — mięsakami i rakami. W niedawnych jeszcze czasach, gdy nie znano jeszcze dokładnie budowy i pochodzenia tego nowotworu, starano się go zaliczyć właśnie do jednej z tych dwu grup nowotworowych; stąd wynikł w nauce spór, który w końcu doprowadził do dokładniejszego poznania tego nowotworu. W rzeczywistości z pośród grupy raków i mięsaków nabłoniak złośliwy kosmówki wyróżnia się już choćby z tego względu, że nowotwór ten rozwija się w narządach jednego indywiduum, t. j. matki, z tkanek, należących do innego osobnika, t. j. dziecka, czego w innych nowotworach nie spotykamy. Jednakże i pod wielu innymi względami nowotwór ten różni się zasadniczo zarówno od raków, jak i od mięsaków. Przedewszystkiem takiej budowy mikroskopowej, jak w nabłoniaku kosmówki, nie spotykamy ani w raku, ani w mięsaku; dotyczy to zwłaszcza przypadków typowych. W przypadkach atypowych niekiedy wprawdzie mikroskopowo nabłoniak kosmówki może się zbliżać do utkania mięsaka, a za mięsakiem w takich przypadkach zdaje się również przemawiać sposób szerzenia się tego nowotworu (drogą naczyń krwionośnych); jednakże już przy dokładniejszem badaniu mikroskopowem, zwłaszcza skrawków z różnych miejsc, bardzo często udaje się nam odszukać miejsca o charakterystycznej budowie nabłoniaka kosmówki, a zresztą obecność licznych skrzepów włóknikowych, rozległe wylewy krwi, różnokształtność komórek nawet w atypowych przypadkach nie zdają się przemawiać za mięsakiem. Wreszcie, co najważniejsze, pochodzenie nabłoniaka kosmówki już stanowczo nie pozwala na zaliczenie go do grupy mięsaków: mięsak jest zawsze pochodzenia łącznotkankowego; w nabłoniaku kosmówki, jak to wykazali pierwsi Fraenkel i Marchand, punktem wyjścia nowotworu są wyłącznie nabłonki kosmków łożyskowych; wprawdzie wyjątkowo wśród utkania nabłoniaka kosmówki można również spotkać łącznotkankowe podścielisko kosmka, te jednak przypadki właśnie najwymowniej przemawiają przeciw łącznotkankowemu pochodzeniu tego nowotworu, gdyż wykazują, iż w takim zbłąkanym kosmku przerostowi nowotworowemu ulega wyłącznie nabłonek, podczas gdy tkanka łączna zupełnie się nie rozrasta. Ze względu właśnie na to pochodzenie nabłoniaka kosmówki, pierwsi autorowie chcieli go zaliczyć do grupy raka; w przeciwieństwie jednak do raka nabłoniak kosmówki nie posiada własnych naczyń, nie posiada własnego podścieliska łącznotkankowego, tworzącego w raku charakterystyczną siatkę, dalej nabłoniak kosmówki różni się od raka wogóle swą budową, dwoistością wchodzących w jego skład elementów, sposobem szerzenia się na otoczenie (wrastanie głównie do światła naczyń krwionośnych) i tworzenia przerzutów (rak tworzy przerzuty prawie wyłącznie za pośrednictwem naczyń chłonnych). Wogóle więc różnice pomiędzy nabłoniakiem złośliwym kosmówki z jednej strony, a rakiem i mięsakiem z drugiej strony są tak znaczne, że do żadnej z tych 2 kategoryi niepodobna go zaliczyć; również niepodobna go zaliczyć do żadnej innej znanej grupy nowotworów, ponieważ tutaj różnice są jeszcze znacznie większe. Z tych względów w klasyfikacyi nowotworów nabłoniak złośliwy kosmówki zajmować musi zupełnie odrębne stanowisko [5]).

Pomimo całej złośliwości nabłoniaka kosmówki, istnieją w nauce, nieliczne wprawdzie, spostrzeżenia, gdzie nowotwór ten okazywał przebieg łagodny (przypadki Picka, Schauty, Koliska, Schlagenhaufera i t. d.). Opisano nawet przypadki, w których po wyłuszczeniu głównego guza miały zniknąć istniejące w narządach wewnętrznych przerzuty (Zagorjański-Kisiel, Risel). Czy jednakże

[5]) Wprawdzie istnieje pewien związek pomiędzy nabłoniakiem kosmówki a t. zw. nowotworami potworniakowatymi (teratomata), dokładne jednak omawianie tej sprawy oddaliłoby nas zbytnio od właściwego naszego tematu, a zresztą pokrótce wspomnieć będziemy musieli w dalszym ciągu o wzajemnym do siebie stosunku tych nowotworów.

przypadki te uważać należy rzeczywiście za dobrotliwe? Czy w przypadkach z przerzutami rzeczywiście następował zanik guzów nowotworowych? Czy wobec tego należy rozróżniać 2 postacie nabłoniaka kosmówki, jak proponuje Schlagenhaufer — złośliwą i dobrotliwą? Jakie wreszcie w takim razie są cechy różniczkowe pomiędzy temi 2 postaciami? Wszystko to są pytania niezwykle ciekawe i niezwykle ważne, zwłaszcza dla klinicysty, niestety jednak nauka na pytania te dotychczas nie dała stanowczej odpowiedzi. Wprawdzie cały szereg autorów, jak n. p. Schauta, Schmit, Neumann, świeżo v. Velits, Grein próbowali na podstawie znalezionych obrazów mikroskopowych wykazać pewne różnice w budowie nabłoniaka kosmówki złośliwego i dobrotliwego, jednakże podanym przez nich cechom różniczkowym niepodobna jest przypisywać jakiegoś rzeczywistego znaczenia, a i wogóle sprawy istnienia dobrotliwej postaci nabłoniaka kosmówki dotychczas za ostatecznie rozstrzygniętą uważać nie można.

Poprzednio niejednokrotnie podnosiliśmy, iż nabłoniak złośliwy kosmówki pozostaje w bezpośrednim związku z ciążą, a mianowicie, że rozwija się z elementów jednej z błon płodowych — kosmówki. Odpowiednio do tego, jak usadawia się ciąża, pierwotne guzy nowotworowe powinniśmy spotykać tylko w macicy, w przypadkach zaś ciąży pozamacicznej — w jajowodach. Tutaj też rzeczywiście zwykle rozwija się pierwotnie nabłoniak kosmówki, jednakże nie wyłącznie, wbrew temu, jak sądzono jeszcze do bardzo niedawna. Niejednokrotnie w macicy i w jajowodach nie znajdujemy zupełnie utkania nowotworowego, podczas gdy nowotwór ten poczyna się rozwijać pierwotnie w jakimś innym narządzie, gdzie może nawet dochodzić do znacznych rozmiarów i tworzyć przerzuty. Pierwsze tego rodzaju spostrzeżenia ogłosili w r. 1897 L. Pick i Schmorl, od tego zaś czasu liczba tych spostrzeżeń bardzo znacznie wzrosła tak, że już w r. 1902 Zagorjański-Kisiel zdołał zebrać z piśmiennictwa 16 tego rodzaju spostrzeżeń, do których dołączył 2 nowe — swoje własne przypadki; obecnie liczba tego rodzaju spostrzeżeń coraz bardziej wzrasta. W tych przypadkach pierwotny guz nowotworowy najczęściej rozwija się w pochwie, wyjątkowo w innych narządach, jak w płucach (przypadek Davisa i Harrissa) lub w sercu (przypadek Bussego); niekiedy nawet nie znajdujemy zupełnie guza, który wogóle możnaby uważać za guz pierwotny, istnieją zaś tylko jakby przerzuty nowotworu o niewiadomym punkcie wyjścia. Tutaj również należałoby zaliczyć i te przypadki nabłoniaka złośliwego kosmówki, w których pierwotne ogniska nowotworowe rozwijają się nie w miejscu przyczepu łożyska, lecz dopiero głęboko wśród mięśnia macicznego.

We wszystkich tego rodzaju przypadkach dokładniejsze badanie pozwala nam zawsze wykryć pewien ścisły związek nowotworu z ciążą: zawsze tutaj nabłoniak kosmówki rozwija się w krótkim stosunkowo czasie po przebytem poronieniu, zaśniadzie groniastym, lub nawet (względnie często) po ciąży prawidłowej. Jak tedy należy sobie tłómaczyć powstawanie nabłoniaka złośliwego kosmówki w tego rodzaju przypadkach poza miejscem pierwotnego usadowienia się ciąży i czy rzeczywiście w tych przypadkach jako punkt wyjścia nowotworu uważać należy również kosmówkę? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie przypomnieć to, o czem już poprzednio mówiliśmy, to jest zachowanie się kosmków łożyskowych już w zwykłych warunkach. Widzieliśmy wtedy, że już nawet w ciąży prawidłowej nabłonek kosmówki, a nawet całe kosmki wrastać mogą głęboko w ściany macicy, stąd zaś drogą naczyń żylnych mogą być roznoszone po całym organizmie. W zwykłych warunkach te elementy płodowe po pewnym czasie giną bez szkody dla organizmu; w pewnych jednak, bliżej nam nieznanych warunkach, podobnie zresztą, jak to ma miejsce w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży, elementy te, obdarzone jako komórki płodowe wielką zdolnością bujania, trafiając na odpowiedni grunt, mogą się dalej rozrastać i bujając niepohamowanie dawać początek guzom nowotworowym. Oczywiście, że w ten sposób mogą u jednego i tego samego osobnika w rozmaitych narządach powstawać mnogie guzy nowotworowe, które znowuż ze swej strony mogą dawać powód do tworzenia przerzutów w innych narządach, wikłając jeszcze bardziej obraz anatomiczny i nie pozwalając często rozstrzygnąć, które z tych guzów rozwinęły się z przeniesionych elementów płodowych, a które — z przeniesionych komórek, oddzielonych od nowotworu. Biorąc rzeczy najogólniej, możnaby powiedzieć, że w tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia z przerzutami nieistniejącego nabłoniaka kosmówki w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży; te zaś przerzuty ze swej strony dają powód do przerzutów wtórnych; tak też patrzy na tę sprawę wielu autorów, między innymi autor cennej monografii o nabłoniaku kosmówki Risel. W rzeczywistości zapatrywanie to jest niesłuszne: nowotwór tutaj rozwija się nie z przeniesionych elementów nowotworowych, lecz z przeszczepionych w niewłaściwe miejsce komórek płodowych, które dopiero tutaj, (t. j. w pochwie, w narządach wewnętrznych) ulegają właściwemu bujaniu nowotworowemu; nie są to więc przerzuty nabłoniaka kosmówki, lecz właściwy pierwotny nabłoniak kosmówki, rozwijający się z przeszczepionych w niewłaściwe miejsce elementów płodowych, mogących występować mnogo w różnych narządach i zdolny worzyć w dalszym ciągu liczne przerzuty. Podobnie jak n p. nie nazwiemy raka, wychodzącego z gruczołów trawiennych w przełyku lub z trzustki dodatkowej w jelicie przerzutem raka żołądka (wzgl. przerzutem raka trzustki), tak samo nie możemy uważać za przerzuty nabłoniaka, rozwijającego się z przeniesionych w niewłaściwe miejsce elementów łożyskowych: przerzuty rozwijać się mogą tylko z przeszczepionych komórek nowotworowych.

Tak więc i w tych przypadkach, gdzie nabłoniak złośliwy kosmówki rozwija się daleko od miejsca przyczepu łożyska (bez zmian nowotworowych tutaj), mamy w rzeczywistości do czynienia z prawdziwym pierwotnym nabłoniakiem kosmówki, lecz rozwijającym się nie z samejże kosmówki, a tylko ze zdolnych do dalszego rozrostu składników kosmka łożyskowego, przeniesionych w niewłaściwe miejsce. W ten sposób najlepiej tłómaczy się to pozornie paradoksalne zjawisko, że nowotwór, mający za punkt wyjścia błony płodowe, może niekiedy występować pierwotnie w narządach, z temi błonami nie mających właściwie nic wspólnego. (Dok. nast.).

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Sahli. **O zastosowaniu w klinice i w praktyce metody Pavyego oznaczania cukru sposobem miareczkowym i o kilku jej technicznych modyfikacyach.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 36, 1905). Oznaczyć dokładnie koniec odczynu przy ilościowem obliczeniu cukru miareczkowaniem zapomocą płynu Fehlinga bywa rzeczą trudną; z tego też powodu grube niekiedy powstają mylki. Wprawdzie starał się temu zaradzić Pavy, dodając do płynu Fehlinga pewną ilość NH_3 w tym celu, by tworzący się przy odtlenieniu (redukcyi) tlenek miedziawy utrzymać bezbarwnym w rozczynie i przeszkodzić jego strącaniu się, skutkiem czego zaznacza się koniec odczynu (t. j. doszczętne odtlenienie tlenku miedziowego) zupełnem odbarwieniem płynu; sposób ten jednak nie wszedł nigdzie w użycie, a nawet sam Sahli w ostatniem (czwartem) wydaniu znanego swego podręcznika (*Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden* 1905) poddał go surowej krytyce. Przedewszystkiem bowiem skutkiem ulatniania się NH_3 przy dłuższem, silniejszem gotowaniu tlenek miedziawy i tak strąca się; natomiast jeżeli się gotowania dostatecznie nie podtrzymuje, to skutkiem dostępu powietrza część tlenku miedziawego zamienia się znowu w tlenek miedziowy, a cały płyn silnie znowu niebieszczeje. Wprawdzie Pavy radzi w celu ograniczenia ulatniania się NH_3 i zmniejszenia dostępu powietrza połączyć biuretę zapomocą przewierconego korka i kawałki rurki gumowej wprost z kolbą, jednakże postępowanie podobne jest dla lekarza praktyka, nieobeznanego z techniką chemiczną, połączone z pewnemi niedogodnościami (oparzenie palców przez silnie rozgrzewający się zaciskacz, przykre wywiązywanie się par NH_3). Wszystkie te ujemne strony dają się jednak uniknąć, a metoda Pavyego w tej modyfikacyi, jaką nam Sahli obecnie podaje, jest prostą, pewną, szybko i łatwo wykonalną.

Wykonanie jej tak, jak ją Sahli w swej klinice praktykuje, przedstawia się następująco: Do miareczkowania służą dwa odczynniki: *Cupri sulfur. 4·158, Aq. dest. ad 500 cm.; II. Sal Seignetti 20·4, Kalii hydroxydati 20·4, Ammoniae liq. c. g. 0·88, 20·4, Aq. dest. ad 500 cm.* — 10 cm.³ zmieszanych razem tych płynów (po 5 cm.³ każdego) ulega odtlenieniu przez 0·005 glikozy. Do Erlenmeyerowskiej kolby pojemności 75—100 cm.³ odmierza się dokładnie zapomocą pipety po 5 cm.³ z odczynnika I i II, a następnie dodaje jeszcze 30 cm.³ wody, najlepiej przekroplonej. Kolbę stawia się na zwykłym trójnóżku, pokrytym azbestową siatką drucianą, nad lampką spirytusową lub gazową. W braku azbestowej siatki można użyć cienkiego azbestowego kartonu lub żelaznej czy niklowej czarki, której dno posypuje się warstwą palonej magnezyi; azbest, względnie magnezya, służą do zmniejszania zbytniego gorąca przy gotowaniu, jak również dla lepszego ocenienia zmian w zabarwieniu na białem tle. Jeżeli miareczkowanie ma dać dokładne wyniki, musi mocz badany nie zawierać mniej, niż 1°/₀₀ cukru; trzeba go zatem, jeśli zawiera większe jego ilości, odpowiednio rozcieńczyć. Po napełnieniu biurety miareczkowej takim rozcieńczonym moczem dolewa się go, otwierając zaciskacz, bardzo ostrożnie i cienkim strumieniem do lekko gotującego się rozczynu siarkanu miedzi w kolbie; należy baczną zwracać uwagę, by przez odpowiednie regulowanie płomienia palnika gotowanie płynu Pavyego odbywało się bardzo równomiernie. Koniec odczynu zaznacza się zupełnem odbarwieniem gotującego się płynu, co na tle białem łatwo przychodzi badającemu określić. Tylko wtedy, jeżeli do rozcieńczenia płynu Pavyego lub moczu użyje się zamiast wody przekroplonej wody studziennej, zawierającej sole wapienne, to one podczas gotowania w obecności KOH strącając się, utrudniać mogą oznaczenie końca odczynu. Jeżeli się zatem w braku wody przekroplonej używa wody studziennej, to należy ją przedtem odwapnić przez zagotowanie z kroplą KOH i następne przesączenie. Sam mocz powinien być zupełnie przeźroczysty; jeżeli zawiera większą ilość barwików moczowych lub fosforanów, to należy je przedtem usunąć, w pierwszym razie przez wstrząsanie z węglem zwierzęcym, w drugim przez lekkie ogrzanie z kroplą KOH (bez zagotowania, aby nie zredukować pewnej części cukru) i następne przesączenie. Z uwzględnieniem powyższych modyfikacyi i technicznych szczegółów próba powyższa zasługuje na szersze wprowadzenie dla celów kliniki i lekarza praktyka. *Wilczyński.*

A. Magnus Levy. **Doświadczenia z oddychaniem chorych na cukrzycę.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* LVI. 1 i 2, 1905). Z doświadczeń nad wymianą gazów podczas oddychania, wykonanych przyrządem Zuntza, wynika, że zapotrzebowanie tlenu i przemiana energii u chorych na lekką postać cukrzycy niczem się nie różni od tychże wielkości u ludzi zdrowych. W ciężkich postaciach cukrzycy chorzy w spokoju więcej zużywają tlenu, niż ludzie zdrowi. Możnaby to wyjaśnić na podstawie zasady Rubnera, według której przemiana energii zawisłą jest od wielkości powierzchni. Chorzy na cukrzycę chudną, ale powierzchnia ich ciała się nie zmniejsza; stąd przemiana energii większa, niżby odpowiadało ich ciężarowi. Ten pogląd stoi jednak w sprzeczności z zasadą Pflügera, według której przemiana materyi u tego samego osobnika zależy od ciężaru jego mięśni, względnie ciał białkowatych, z których się ustrój składa. Chorzy na cukrzycę chudną, tracą zatem substancyę białkową, a ich przemiana materyi powinna się zmniejszać, podczas gdy w doświadczeniu się zwiększa. Jakkolwiekby w spokoju przemiana energii u osobników chorych na cukrzycę była większą, niż u zdrowych, zachowujących spokój, to jednak ogólna przemiana energii w terminie 24-godzinnym jest, wobec zmniejszenia ruchów u chorych na cukrzycę, nie większą, niż w warunkach fizyologicznych. Naunyn na podstawie swych ścisłych spostrzeżeń uważa za regułę obniżenie przemiany materyi u chorych na cukrzycę. Autor przyznaje, że takie obniżenie przemiany materyi występuje niekiedy, ale trwa tylko okresowo i jest wówczas objawem celowego oszczędzania swych sił, zanim ustrój, znacznie wyniszczony, nie dosięgnie równowagi ciężarowej. Ciekawsze jeszcze wyniki wyciąga autor z badania jakościowego gazów oddechowych. Stosunek wydzielonego CO_2 do pobranego tlenu, czyli współczynnik oddechowy $\frac{CO_2}{O_2}$ największym jest przy spalaniu cukru, który tyle właśnie wydziela bezwodnika kwasu węglowego, ile zużywa tlenu do jego spalenia i dlatego jest równy = 1. Białko i tłuszcz zużywają daleko więcej tlenu, niż wydzielić mają CO_2, gdyż znaczna ilość tlenu służy do spalenia wodoru tych ciał; przy spalaniu zatem białka i tłuszczów współczynnik oddechowy się zmniejsza. Na zmniejszenie tego współczynnika działa zatem z jednej strony konieczność zużywania ciał uboższych w tlen, z drugiej wytwarzanie z tychże ciał, t. j. z białka, ciał wyżej utlenionych, jak cukru i ciał acetonowych, których ustrój dalej nie może spalić. Autor oblicza teoretycznie, że u chorych na cukrzycę współczynnik oddechowy powinien opaść do 0·62—0·72. Spostrzeżenia na chorych wykazują takie właśnie stosunki. Z obliczeń teoretycznych wypada, że gdyby współczynnik oddychania opadł poniżej 0·60, byłoby to niezbitym dowodem, że cukier w ustroju może powstawać nietylko z białka, ale z tłuszczu ustroju. Aby to stwierdzić, trzebaby było znać dokładnie obok ilości wydzielonych ciał acetonowych także ilość zużytego tlenu, co przy użyciu zasady Regnault-Reiseta jest połączone z wielu błędami. *Mostowski.*

Schläpfer. **Działanie światłotwórcze** (*Photoaktivität*) **krwi.** (*Berliner klin. Wochs.* 37, 1905). Autor wykazał, że krew królika działa redukująco na płytę fotograficzną. Zdaje się, że to działanie jest właściwe wogóle substancyi organicznej, ale krew, względnie hemoglobina, zajmuje stanowisko wyjątkowe. Krew królika bielaka (albinosa), poddanego poprzednio naświetleniu słońca, działa silniej redukująco, niż krew królika brunatnego, poddanego również poprzednio działaniu światła. Stwierdzenie i badanie tych stosunków u człowieka byłoby niezmiernie ważne dla fizyologii (ze względu na nowe źródła energii ustroju), jak i dla medycyny (ze względu na leczenie światłem). *Mostowski.*

Sahli. **O zastosowaniu metody Pavyego miareczkowego oznaczania ilości cukru.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Autor poleca jak najgoręcej metodę Pavyego miareczkowania cukru zapomocą amoniakalnego rozczynu miedzi i podaje pewne tej metody własne modyfikacye. Metoda ta jest zdaniem jego najdokładniejszą ze sposobów ilościowego oznaczania cukru w moczu, gdyż bardzo łatwo uchwycić można koniec odczynu, nie wymaga wielkiej wprawy i da się w najprostszych warunkach wykonać w bardzo krótkim czasie. Szczegółowy opis metody nie nadaje się do streszczenia. *Latkowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. J. W. Williams **Hyperemesis gravidarum.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 30). Na 6 przypadków, w których W. wzniecał poronienie z powodu niepowściągłych wymiotów, stracił 3. W jednym z nich stwierdził przy sekcyi zmiany, znamienne dla ostrego żółtego zaniku wątroby, w innym zaś pojawiła się za życia jeszcze żółtaczka obok pomniejszenia się wątroby. Zdaniem W. bywają niepowściągłe wymioty pochodzenia: 1) odruchowego, 2) nerwowego, 3) z powodu zatrucia toksynami. Odruchowe zdarzają się przy zmianach w położeniu macicy, szczególnie przy tyłozgięciu, przy guzach jajnikowych, pewnych przypadkach zapalenia błony śluzowej macicy (*endometritis*), wreszcie nieprawidłowościach jaja płodowego, jak zaśniad groniasty, nadmierna ilość wód lub niekiedy ciąża bliźniacza. Wymioty nerwowe, nie częste, ustępują nagle pod wpływem poddawania. Na podstawie własnych i obcych badań dochodzi nadto W. do przekonania, że niewątpliwie w pewnej liczbie przypadków są wymioty następstwem zatrucia toksynami i że w tych razach znajduje się

przy sekcyi zmiany takie same, jakie się spotyka przy żółtym zaniku wątroby, a które się przedstawiają w postaci martwicy środkowych części zrazików wątrobnych, a zarazem stłuszczenia i martwicy wydzielniczych części nerek. Równocześnie odgrywa się w tych przypadkach znamienne zaburzenie wymiany materyi, polegające na tem, że prawidłowy stosunek pomiędzy ilością wydzielanego moczem amoniaku, a całą ilością azotu, wynoszący prawidłowo 3—5 prc., zmienia się na korzyść amoniaku tak dalece, że dochodzi niekiedy do 46 prc. Zdaniem W. powinno się natychmiast przerwać ciążę, gdy wspomniany ilościowy stosunek wydzielonego amoniaku dochodzi do 10 prc. W ten sposób uzyskałoby się naukową podstawę do oceniania ciężkości każdego przypadku niepowściągliwych wymiotów, do rokowania i postępowania leczniczego. *B. Wojciechowski.*

Dr. H. Fríolet. **O samoistnej naprawie ustawienia główki przy położeniu twarzowem.** (*Zeitschr. f Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3). Autor podaje dwa zajmujące przypadki porodów. Przebieg pierwszego był następujący: u wieloródki z miednicą zupełnie prawidłową znalazł autor przy pierwszem badaniu wewnętrznem ujście zewnętrzne rozwarte na małą dłoń, pęcherz płodowy pęknięty, część przodująca główka, prawie zupełnie nieruchoma. Szew strzałkowy przebiegał poprzecznie. W miarę bolów porodowych ciemię małe obniżało się coraz niżej przy równoczesnym zwrocie ku spojeniu łonowemu tak, że po 4 godzinach płód urodził się przy przodującem ciemieniu małem. Jest to przypadek o tyle zajmujący, że jako taki pierwszy raz opisany. W innych bowiem przypadkach samoistna zmiana położenia twarzowego lub czołowego na prawidłowe następowała zawsze przy utrzymanym pęcherzu, a główce zupełnie ruchomej ponad wchodem; tu natomiast pęcherz płodowy pękł już dawno, a główka w położeniu czołowem, nieruchoma, znajdowała się w miednicy małej. Jakie czynniki działały na mechanizm w tym przypadku, trudno orzec. Bardzo być może, że główka w ten sposób zaczepiła się o ściany miednicy, iż przy bólach mogło tylko ciemię małe się obniżać. Nie wykluczona jednakże jest i możliwa pomoc ze strony samego płodu, który równocześnie mógł zginać główkę ku piersi. Drugi przypadek dotyczył wieloródki z miednicą płaską, krzywiczą, gdzie przy pierwszem badaniu okazało się, iż pęcherza płodowego brak, główka ruchoma ponad wchodem, szew strzałkowy poprzecznie, zbliżony ku spojeniu tak, iż przodowała kość boczna tylna. W miarę bolów porodowych główka, obniżając się, wykonywała kilkakrotne zwroty około osi, idącej od spojenia łonowego do silnie sterczącego wzgórka kości krzyżowej, w ten sposób, iż raz ciemię małe, to znowu duże obniżało się. Z tą chwilą, gdy główka przeszła płaszczyznę wchodu, obniżyło się ciemię wielkie przy równoczesnym zwrocie bródki ku spojeniu łonowemu i wkrótce nastąpił poród przy ułożeniu czołowem główki. Jako widoczny znak tych ruchów główki pozostał ślad ucisku po lewej stronie czaszki, począwszy od skroni aż do uszka, idący pasem zygzakowatym. Poród ten jest o tyle ciekawym, iż tu z ułożenia zrazu nieprawidłowego, następnie z chwilowo prawidłowego, wytworzyło się wreszcie ułożenie nieprawidłowe, mianowicie czołowe, w którem też poród nastąpił. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

G. Walcher. **Całkowicie podskórnie wykonana pubiotomia.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 36). Po nakłuciu lewej wargi większej przeprowadza W. igłę wygiętą, o długim trzonku, po tylnej powierzchni kości ku górze, pod kontrolą palca w pochwie, a przy górnym brzegu kości przebija skórę igłą, lub też nacina ją spiczastym nożykiem; za igłą przeprowadza piłeczkę. W pewnym przypadku, gdzie już piłeczka była założona, udało się po obrocie wytoczyć główkę w położeniu Walchera i uniknąć pubiotomii. Piłeczkę wyjęto bez żadnej szkody dla matki. *B. Wojciechowski.*

A. Sippel. **Roponercze, zapalenie miedniczki nerkowej i ucisk moczowodu podczas ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). U 33-letniej pierwiastki wystąpiła w VI. miesiącu ciąży nagle gorączka i gwałtowne bole w krzyżach po stronie lewej. Mocz bez zmian. Badanie wykazało w podżebrzu lewem guz duży, bolesny, napięty, ułożony pozaotrzewnie. Wobec braku zmian w moczu rozpoznano ropień przynerkowy. Operacya wykazała atoli roponercze. Odprowadzono $1\frac{1}{4}$ litra ropy i założono dren. Przez układanie chorej na bok prawy zniesiono ucisk macicy na moczowód, w moczu zaczęła się pojawiać ropa. Z czasem przetoka pooperacyjna się zamknęła, a cały mocz odchodził przez pęcherz. Po dwóch miesiącach urodziła chora prawidłowo, a w 7 tygodni po porodzie czuła się zupełnie dobrze, aczkolwiek badanie moczu wykazywało jeszcze zmętnienie. Ucisk moczowodu, jak wiadomo najczęściej prawego, wywierany przez ciężarną macicę, wywołuje zniesienie skurczów moczowodu. Stan ten ułatwia wtargnięcie drobnoustrojów z pęcherza do moczowodu, a te znajdują powyżej w zastoinowym moczu znakomite warunki rozwoju. Najczęściej chodzi o *bacterium coli*, przy którem mocz pozostaje kwaśny. Gorączka może pochodzić niekiedy nie z miedniczki nerkowej, lecz z uciśniętego i uszkodzonego moczowodu. Nasilenie objawów zależy od rodzaju drobnoustrojów, trwania sprawy i stopnia zaciśnięcia moczowodu. Zdarzają się również przypadki zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży bez ucisku moczowodu, gdzie zatem ułożenie na bok niema znaczenia. Jeżeliby się nie udało w opisanym przypadku przywrócić drożności moczowodu, to musianoby przerwać ciążę z obawy przed spostrzeganem już zarośnięciem moczowodu pod wpływem długiego ropienia. *B. Wojciechowski.*

H. Sellheim. **W sprawie topografii i techniki podskórnej hebotomii według Döderleina.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 36). Operując ściśle sposobem Döderleina w 3 przypadkach, zauważył S. zawsze krwawienie z ranek w skórze, szczególnie z górnej, i wytworzenie się krwiaka w miejscu przepiłowania kości. W 2 przypadkach krwiaki były nieduże, a przebieg bezgorączkowy, w 3 zaś, gdzie krwiak dosięgnął wielkości pięści, gorączka trwała od 5 do 11 dnia, dochodząc do 38·5. W 8 dniu zmniejszył się nagle krwiak przez obniżenie się na dolną powierzchnię $\frac{1}{3}$ górnej części uda; 14 dnia chora wstała, a 20 powróciła do łóżka na czas jakiś z powodu zakrzepu żyły udowej po stronie operowanej. Nawiązując do ostatniego przypadku, zastanawia się S. nad niebezpieczeństwem zropienia dużego krwiaka i nad źródłem krwotoku. Splot tętniczy na tylnej powierzchni kości łonowej pochodzi z anastomozy tętnicy nadbrzusznej z tętnicą zasłonową (*obturatoria*); bywa niekiedy silnie rozwinięty, daje się jednak ostrożnie od kości odsunąć. Chcąc uniknąć uszkodzenia naczyń przechodzących przez dziurę zasłonową, nie należy kości przepiłować dalej, jak 2 cm. od linii środkowej. Splot żył przed trzonem kości łonowej i przy brzegu dolnym narażony jest na uszkodzenie piłką lub przedarcie w chwili rozstępu kości. Włókna ścięgniste, pokrywające przednią powierzchnię trzonu kości łonowej, są tak silne, że jeżeli się ich nie przetnie, to może się zdarzyć, że mimo przecięcia kości pierścień miednicy nie rozszerzy się należycie. Z tego wynika, że należy wyjąć piłkę dopiero w chwili, gdy kontrolujący palec wyczuje wyraźny rozstęp kości, a nie polegać na samem uczuciu, że kość została przepiłowaną. *B. Wojciechowski.*

T. Weindler. **Poród nagły.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). Pod wpływem uczucia parcia na stolec wbiegła kobieta, będąca w końcu 2 ciąży, do wychodka i w tej chwili uczuła pierwszy ból, silny, z charakterem bolu partego, w czasie którego, oparta o klamkę, urodziła szybko w postawie stojącej płód, poczem straciła świadomość. Pępowina przerwała się, lecz nie krwawiła. Z powodu krwawienia wydalono łożysko sposobem Credégo po $\frac{1}{2}$ godzinie. Już pierwszy poród trwał u tej chorej pomimo silnego rozwoju płodu zaledwie parę godzin. Tym razem wymiar płodu wynosił $56\frac{1}{2}$ cm., ważył on 4585 gr., a obwód główki wynosił 37 cm. Matka wysoka (176 cm.), miednica obszerna (c. diag. $13\frac{1}{2}$ cm.), mało pochylona (41°). Wywiady wskazywały na przenoszenie płodu. Przypadek pouczający dla lekarza sądowego. *B. Wojciechowski.*

M. Kirchhoff. **W sprawie techniki sztucznej niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 37). Autor nacina otrzewnę ponad maciczną częścią trąbki na przestrzeni 4—5 mm., wyciąga przez ową szczelinkę przy pomocy preparowania na tępo 3—4 cm. trąbki i część tę wycina. Końce trąbki cofają się, a listki otrzewnej składają się bez szwu i zrastają się na całej przestrzeni pozbawionej trąbki. *B. Wojciechowski.*

J. Rudolph. **Nowe narzędzie do przytwierdzenia macicy do ściany brzusznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 37). Doświadczenia jedynie na zwłokach. Narzędzie ma kształt dużego trójgrańca, wygiętego w ćwierć koła; igła trójgrańca zaopatrzona jest na końcu w uszko. Po odprowadzeniu macicy, wprowadza R. narzędzie przy cofniętej igle do jamy macicy aż do dna, przyciska ją do powłok, poczem skierowuje koniec narzędzia przez obrót o 30° w okolicę jednego z rogów macicy, posuwa igłę, przebija nią dno macicy i powłoki i zakłada w uszko igły nitkę jedwabną, poczem cofa, chwyta koniec nitki i wyjmuje narzędzie. Po nacięciu poprzecznem skóry pomiędzy miejscami przebicia wiąże koniec nitki ponad powięzią i zeszywa rankę skórną. Autor zachęca do prób na zwłokach, względnie do zastosowania tej operacyi na żyjącej. *B. Wojciechowski.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. M. Probst. **O spoidle Guddena, Meynerta i Gansera i o zmianach dośrodkowych dróg wzrokowych w następstwie zaniku gałki ocznej.** (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Tom XVII, rok 1905). Sekcya staruszki z obustronnym zanikiem gałek ocznych i nerwów wzrokowych dostarczyła autorowi materyału do omówienia sprawy trzech spoideł śródmóżdża, przebiegających na dolnej ścianie, t. j. spoidła Meynerta, Gansera i Guddena. Spoidło Meynerta występuje w badanym przez P. mózgu jako wy-

bitne, czarne pasmo, leżące ponad skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych. Szereg danych doświadczalnych, jakoteż i dany przypadek sekcyjny doprowadzają P. do przekonania, że spoidło Meynerta jest krzyżującą się drogą okolicy czepcowej (tegmentum), z okolicy czepcowej prowadzi ono do jądra soczewkowatego strony przeciwnej. Co do spoidła Guddenowskiego, to ani w danym przypadku sekcyjnym, ani w doświadczalnych badaniach nie udało się Pr. spoidła tego wykazać, (podobnie zresztą nie udało się to Dejerineowi). Sądzi więc Probst, że spoidło Guddena jest częścią skrzyżowania się nerwów wzrokowych, albo też częścią spoidła Meynerta. Spoidło Gansera wedle zgodnych wyników sekcyi i doświadczeń nie jest niczem innem, jak częścią skrzyżowanej drogi, łączącej czepiec ze wzgórkami wzrokowymi. Autor zwrócił również w badaniach danego przypadku sekcyjnego uwagę na drugorzędną (t. j. korową) drogę wzrokową; droga ta mimo długiego czasu trwania zaniku gałek ocznych była prawidłową; wynik ten zgadzał się z wynikami doświadczeń autora na zwierzętach, u których, jeżeli operowano zwierzęta dorosłe, zanik gałek ocznych nie powodował nigdy zwyrodnienia drugorzędnych dróg wzrokowych. *Doc. Dr. Bochenek.*

R. Clarke i V. Horsley. **O włóknach wewnętrznych móżdżku, jego jądrach i drogach z niego wychodzących.** (*Brain*, 1905, p. 109). Nie można uważać za stanowczo rozstrzygnięto, czy z móżdżku idą bezpośrednio włókna nerwowe do rdzenia; oraz jeżeli takie włókna rzeczywiście istnieją, to skąd one pochodzą, czy z kory móżdżkowej, czy z jąder móżdżkowych. Autorowie zabrali się do rozstrzygnięcia zagadnienia na drodze doświadczalnej. Doświadczenia przeprowadzili na 17 kotach, 2 psach i 4 małpach. Przedstawiają oni przedewszystkiem dokładny plan rozłożenia części składowych móżdżku kota, t. j. zwierzęcia, na którem główną ilość doświadczeń wykonali. Ważnem było pytanie, czy środkowa część móżdżku, jego robak (vermis), jest równoznacznym z półkulami móżdżkowemi. Obrażając różne części móżdżku, zwracali autorowie uwagę na to, by raz tylko robak, a w innych przypadkach tylko części boczne ulegały zniszczeniu. Wyniki wszystkich doświadczeń były bardzo zgodne: żadne włókno, pochodzące z kory móżdżkowej, nie wchodzi w skład żadnej z nóżek móżdżkowych, a więc wszystkie włókna, wychodzące z móżdżku, pochodzą z jąder móżdżkowych. W dalszym ciągu zbadali autorowie łączność różnych części kory móżdżkowej z jądrami móżdżkowemi. Z jąder móżdżkowych jądro sklepienia (nucleus fastigii) stoi w łączności z wszystkiemi częściami kory móżdżkowej i z tego względu przypisać mu należy wybitniejsze znaczenie. Jądro kuliste (nucleus globosus) nie stoi natomiast w żadnej łączności z bocznymi płatami i jest jądrem jedynie części środkowej móżdżku, t. j. vermis. Jądro zębate (nucleus dentatus cerebelli) stoi w łączności tylko z jednym odcinkiem bocznej części mózgu, a z robakiem łączy się tylko w małej jego części środkowej. Autorowie uważają więc, że w móżdżku można rozróżnić dwie części składowe o anatomicznie odmiennych połączeniach i fizyologicznie różnem znaczeniu. Jedną stanowi robak (jego kora) i jądro sklepienia (nucl. fastigii); część ta łączy się z drogami rdzeniowemi (z rdzenia przez drogę móżdżkową i drogę Gowersa do robaka, stąd przez jądro sklepienia i jądro przedsionka do rdzenia z powrotem); drugą, kora bocznych części móżdżku i jądro zębate, łączące móżdżek z półkulami mózgowemi (kora mózgowa, nóżki mózgowe, jądra mostu Varola (nuclei pontis), średnia nóżka móżdżku (pedunculi cerebelli ad pontem), kora płatu ocznego, jądro zębate, przednia nóżka móżdżkowa, jądro czerwone (nucleus ruber tegmenti, kora mózgowa). Badanie włókien kojarzeniowych zwyrodniałych przy różnych tych doświadczeniach wykazuje również niezależność obu wyróżnionych części kory móżdżkowej, gdyż nie można było wykazać żadnych prawie włókien, łączących korę móżdżkową robaka z płatami i na odwrót. *Doc. Dr. Bochenek.*

H. Vogt. **Brak spoidła wielkiego (Balkenmangel) w mózgu ludzkim.** (*Journal für Psychologie und Neurologie*, Tom V, Zeszyt 1, 1905). Różne formy mózgów, pozbawionych spoidła wielkiego (corpus callosum), opisywane liczniej w ostatnich czasach, można zdaniem autora ugrupować w kilka kategoryi, zależnie od tego, czy zmiana, wywołująca zanik spoidła wielkiego, wystąpiła w bardzo wczesnym okresie życia zarodkowego i objęła całe półkule, czy też zanik nastąpił dlatego, że włókna spoidła wielkiego skutkiem jakiejś przeszkody nie mogły wystąpić poza półkulę, mimo że zresztą półkula była prawidłową, czy też wreszcie był on procesem następczym przy zarodkowem wodogłowiu. W zanikach występujących z wymienionych przyczyn, brak jest zwykle spoidła wielkiego w całości. Można jednak zawsze zdaniem autora oznaczyć z formy mózgu czynnik przyczynowy, który wywołał zanik spoidła. W przypadku, gdzie wczesna zmiana w zarodku jest przyczyną zaniku, zawsze i półkule są kształtu nieprawidłowego. Występuje na mózgach takich wybitny zwój brzeżny (Randwindung), prawie kolisty, we wszystkich częściach równomiernie rozwinięty. Mózg przedstawia więc kształt zarodkowy lub też podobny do niższych zwierząt, zwłaszcza torbaczy. Jeżeli włókna spoidła wielkiego rozwinęły się, a nie mogły z półkuli wydostać się na zewnątrz, mózg może mieć kształt zupełnie prawidłowy, gdyż zmiana spoidła jest zmianą, dotyczącą jedynie układu włókien spoidłowych. Wszystkie włókna spoidłowe tworzą w tych wypadkach pasmo spoidłowe podłużne (Balkenlängsbündel). Jeżeli zanik spoidła następuje dzięki wodogłowiu, to na półkulach zwykle żadnych zmian niema, nie występuje również i pasmo spoidłowe podłużne. Częściowy zanik spoidła wystąpić może już to z przyczyn szkodliwych, na samo to pasmo działających, już to z podobnych zaburzeń, jakie wywołują całkowity zanik spoidła, tylko występujących w mniejszych rozmiarach i nasileniu. Ponieważ zmiany zarodkowe mózgu wywołują w nim często objawy zapalenia, można między formami typowemi zaniku spoidła wielkiego napotkać cały szereg form przejściowych.

Doc. Dr. Bochenek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Extractum Chinae, holenderski wyrób Nanninga, zaleca Toff (*Centralblatt f. Stoffw. und Verdauungskrankheiten* 1905, Nr. 11) jako *stomachicum*, jedno z lepszych wśród znajdujących się w handlu. Od innych wodnych wyciągów chinowych różni się ten przetwór stalszym i korzystniejszym składem. Wskutek bowiem szczególnego sposobu przyrządzania z najlepszych gatunków czerwonej kory chinowej nie zawiera ten przetwór związków żywicznych, a kwas chinowogarbnikowy znajduje się w nim niezmieniony, nie przechodząc w czerwień chinową. Przetwór ten zawiera prawie stały odsetek 5 prc. alkaloidów, a chemiczne badania przetworu, wykonane przez kilku autorów, wydały zgodne wyniki. T. użył tego przetworu u 36 chorych z rozmaitemi dolegliwościami żołądkowemi, u których uznał po dokładnem zbadaniu stanu żołądka i stanowczem rozpoznaniu choroby leki gorzkie za wskazane i utrzymuje, że przetwór Nanninga wśród podobnych przetworów nadawał mu się najwięcej. Ostrzega jednak przed bezkrytycznem używaniem tak tego, jak i innych podobnych leków, które nie mają wartości, jeżeli się ich użycia nie oprze na ścisłem rozpoznaniu i stosownych wskazaniach. Z dawniejszych publikacyi również zdawałoby się wynikać, że przetwór Nanninga posiada niejaką wyższość nad innymi podobnymi wyciągami. Tak sądzi n. p. Thomalla (*Therap. Monatshf.* 1899), który stosował przetwór ten w stu mniejwięcej przypadkach, a później raz jeszcze (*Berliner klin. Wochenschr.* 1902, 24) go zalecał; Hirschkron (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1900), który radzi podawać po 20 kropli wyciągu na godzinę przed każdem jedzeniem i chwali jego działanie nietylko co do poprawy łaknienia, ale i co do uśmierzania skłonności do wymiotów; Bolen (*Therap. Monatsh.* 1901), który zaleca go szczególniej dla usunięcia niestrawności, łatwo powstającej wskutek leczenia rtęciowego i jodowego; Silberstein (*Aerztl. Central-Ztg.* 1901, 50), który używał go z korzyścią przeciw wymiotom u ciężarnych i objawowo zamiast Condurango, co potwierdza także Poszvék (*Heilm. Rev.* 1904); Goldmann (*Aerztl. Ctr. Ztg.* 1904, 20) zwraca zaś uwagę, że w wymiotach ciężarnych w każdym razie lepiej i bezpieczniej użyć tego leku, niż nadużywać, jak się to często dzieje, przetworów bromowych i narkotycznych. *N.*

Arhoviną przeprowadzał próby leczenia w różnych sprawach wiewiórowych i niewiewiórowych Riess (*Oest. Aerzte-Ztg.* 1905, 20). Zachętą dla niego, jak i dla innych, były doświadczenia, zebrane co do arhoviny przez Piorkowskiego, ogłoszone w *Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 25. Riess ogłasza razem 40 swych spostrzeżeń: 21 mężczyzn, 19 kobiet. W pierwszych dniach ostrego wiewióra zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, podaje R. lek tylko wewnętrznie (0,25 gr. na dawkę w kapsułce, zaczynając od 4 i dochodząc do 10 kapsułek na dzień). Produkta arhoviny, wydzielające się z moczem, nadają mu własności bakteryobójcze, tak, że i bez leczenia miejscowego można zdaniem R., działać arhoviną zabójczo na dwoinki wiewiórowe. Jeżeli wypływ ropny utrzymywał się dłużej, to R. stosował miejscowo albo wstrzyknięcie arhoviny w oliwie (roztwór 5 prc.) lub też wprowadzał do cewki 5 prc. pręciki (*bacilli*) arhovinowe, do pochwy zaś 5 prc. gałki (*globuli*) z tym lekiem 2—4 razy dnia. Po raz pierwszy użył też R. 5 prc. oliwy arhovinowej do leczenia ostrego zapalenia gruczołów Bartholiniego z pomyślnym skutkiem, wstrzykując ten środek do gruczołów. W wiewiórze przewlekłym u mężczyzn używał R. zgłębników, obficie pomazanych oliwą arhovinową; w nieżytach pęcherza lżejszych stopni podawał lek tylko wewnętrznie, w cięższych przepłukiwał także pęcherz 5 prc. oliwą arhovinową. Na dowód zalet leku przytacza

R. przypadek zapalenia przedniej i tylnej części cewki moczowej u 31-letniego mężczyzny, u którego wszelkie leki balsamiczne i nadmanganezian potasowy wcale nie działały, dopiero arhovina (8 razy dnia po 0,25 wewn., i 3 pręciki po 0,05 do cewki na dzień) sprowadziła wyleczenie po 16 dniach. Leczenie arhoviną nie działa szkodliwie ani na serce, ani na nerki. *Hr.*

Bornywalu używał w rozmaitych nerwicach serca, szczególnie w przypadkach nerwowego kołatania serca, Krogh (*Pharmacie* 1905, 12 i *Deutsche Praxis* 1905, 14) z dobrym skutkiem po tygodniu podawania, a nieraz nawet już po 1—2 dniach, oraz w histeryi, mianowicie wobec napadów zawrotów i trwogi. W pląsawicy, padaczce i nerwowej bezsenności bornywal wcale nie działał. Dawka dzienna bornywalu wynosi 3—4 perełek po 0,25. *Ll.*

Odżywczą wartość t. zw. „Kraftnahrung" Riedla badał u 15-tu chorych Steiner (*Centralbl. f. Stoffw. und Verdauungs-Krankh.* 1905, 12), podając ten środek jako wzmacniający dodatek do zwykłej dyety i utrzymuje, że pod wpływem tego środka łaknienie i ciężar ciała wybitnie i rychło wzrastały. Środek ten podaje się kilka razy dziennie, dzieciom łyżeczkami, dorosłym łyżkami w płynach (zupach i t. d). *Ll.*

V. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy.)

C. Śmiertelność.

W roku 1900 zmarło w Galicyi 201.310 osób, t. j. 27·59‰ ludności. Jest to liczba od całego szeregu lat (z wyjątkiem 1898 r. [27·4‰]) najniższa, choć jeszcze zawsze bardzo wysoka w porównaniu z innymi krajami monarchii rakuzkiej. Załączona tu tablica wykazuje znakomite postępy, jakimi kraj nasz od lat 30 na tem polu poszczycić się może.

Od r.	1872—1876	umierało średnio na rok i 1000 ludności	41·02,
„	1877—1881	„ „ „ „ „ „ „	35·05,
„	1882—1886	„ „ „ „ „ „ „	34·05,
„	1887—1891	„ „ „ „ „ „ „	32·07,
„	1892—1896	„ „ „ „ „ „ „	31·06,
„	1897—1900	„ „ „ „ „ „ „	27·90.

Takie stateczne zmniejszanie się śmiertelności jest objawem ze wszech miar bardzo pocieszającym. Dowodzi bowiem znacznego i dość szybkiego polepszenia stosunków higienicznych naszego kraju, dawniej tak ogromnie pod tym względem zaniedbanego, a co ważniejsze może, wywołuje u ludności przekonanie, że wypełnienie poleceń władz sanitarnych, przestrzeganie odpowiednich ustaw i t. p. nie idzie na marne, lecz przynosi widoczne, namacalne, liczbami stwierdzone korzyści. Dla czynników zaś powołanych z zawodu i urzędu do pracy nad poprawą naszych stosunków sanitarnych daje nadzwyczaj miłe zadowolnienie, że praca ta tak doniośle przyniosła owoce, a tem samem jest zachętą i bodźcem do dalszej wytrwałej pracy, tak bardzo nam potrzebnej, jeśli zważymy, że nawet wykazany tu, a znacznie już zmniejszony odsetek śmiertelności jest zawsze prawie najwyższym ze wszystkich krajów monarchii rakuzkiej.

1. Śmiertelność według wieku.

Z 201.310 osób, zmarłych w roku 1900 w Galicyi, przypada na dzieci do 5 lat 109,323 (a więc więcej, niż połowa wszystkich zmarłych). Z tych znowu zmarło w pierwszym roku życia 73.701, a w pierwszym miesiącu życia 29.736. Jak po inne lata, tak też i tego roku, największą śmiertelność dzieci wykazują powiaty wschodnie z ludnością rusińską.

Z tablic, umieszczonych na tem miejscu Sprawozdania, przekonywujemy się, że w roku 1900, w porównaniu z rokiem 1898 i 1899, zwiększyła się śmiertelność dzieci do 5 lat, a zwiększenie to najwybitniej okazuje się na liczbie dzieci, zmarłych w pierwszym roku życia (w 1898 roku 8·96‰ ludności, w 1899 r. 9·39‰, w 1900 r. 10·1‰).

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

1. Na wrodzony brak sił żywotnych wykazano w 1900 roku 2997, t. j. 1·4 prc. ogółu zmarłych (w 1899 r. 1·8 prc.).

2. i 3. Gruźlica i zapalenie płuc. W roku 1900 wykazano zmarłych na te choroby aż 50.985, t. j. 25·2 prc. ogółu zmarłych, a 6·98‰ ludności (zaś w 1899 r. 47.893, t. j. 23·85 prc. i 7·24‰). Liczby to najwyższe ze wszystkich krajów monarchii, jak samo Sprawozdanie stwierdza. Tylko Morawa zbliża się pod tym względem do liczb naszych, wykazując 6·8‰ ludności. Z całej zaś Europy tylko Rosya wykazuje liczbę przeciętną jeszcze wyższą, t. j. 8·19‰ ludności. Jeśli liczby te są prawdziwe, to zaznaczyć należy dość znaczne zwiększenie się śmiertelności z tych chorób w roku sprawozdawczym. W miastach, gdzie prawie wyłącznie lekarze stwierdzają przyczynę śmierci, gdzie więc na tych liczbach polegać można, stosunki są najgorsze. Kraków wykazał 11·5‰, Lwów 10·9‰ śmiertelności. Co do powiatów, gdzie stwierdzenie przyczyny śmierci jest bardzo niedokładne, liczby podane nasuwają poważne wątpliwości. Bo jakże sobie wytłómaczyć, że dwa, tuż obok siebie leżące powiaty, których warunki klimatyczne są prawie zupełnie jednakie, wykazują śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc znacznie różną. I tak n. p. powiat podgórski wykazuje 10·8‰, a wielicki 4·7‰, powiat żywiecki 9·3‰, nowotarski 4·2‰?

To też nie mogąc polegać na tych liczbach, tem więcej należałoby szukać innego materyału statystycznego, na który w poprzednich latach wskazywaliśmy, a prócz tego zwrócić baczną uwagę na stosunek perlicy u bydła do liczby zachorowań i śmierci, porównanie choć w przybliżeniu liczby zmarłych do liczby chorych, (szpitale, kasy chorych i t. d.).

4. Z błonicy wykazano 7216 przypadków śmierci, t. j. 0·99‰ ludności, a 3·58‰ ogółu zmarłych, liczby od roku 1878 najniższe! Podnieść tę okoliczność należy tem więcej, że ten znakomity wynik ogólny przypisać należy nietylko dzielności surowicy, której już od kilku lat się używa, lecz głównie energii władz centralnych, która widocznie nie słabnie, skoro na str. 25 i 26 sprawozdania czytamy następującą energiczną apostrofę do niektórych lekarzy urzędowych. Ustęp ten brzmi:

„Według wykazów lekarzy, delegowanych z urzędu do leczenia błonicy, stwierdzono w całym kraju...... 2221 chorych na błonicę, z których 692 umarło. Jeżeli przyjmiemy, że wszystkie przypadki śmierci z powodu dyfteryi, wykazane w wykazach parafialnych (7216), były rzeczywiście wywołane dyfteryą, okazuje się, że zaledwie 9·5 prc. wszystkich w kraju przypadków śmierci z dyfteryi, a tem samem i choroby, doszło do wiadomości urzędowej. Zdaje się, że niektóre Starostwa wszelkie doniesienia zwierzchności gminnych o pojawianiu się dyfteryi wprost ignorowały, bo inaczej trudno zrozumieć, dlaczego w samborskim, jaworowskim, trembowelskim, rohatyńskim, gorlickim, liskim, pilzneńskim powiatach, nie stwierdzono z urzędu ani jednego przypadku choroby, chociaż n. p. w pierwszym z wymienionych powiatów miało umrzeć osób 326, w drugim 231, w trzecim 111 i t. d. Na usprawiedliwienie takiego postępowania podają zwykle lekarze urzędowi... krótkie trwanie choroby, a nadto przebieg epidemii błonicy jest zazwyczaj tego rodzaju, iż rzadko kiedy równocześnie występuje większa ilość przypadków choroby; tak iż lekarz, który przyjeżdża do gminy na doniesienie o pojawieniu się choroby, a więc dopiero po kilku dniach[1]), nie zastaje wcale chorych, bo albo pozdrowieli, albo pomarli".

Surowicę przeciwbłoniczą stosowano w 528 przypadkach (w roku 1899 w 934), najwięcej w Krakowie i Lwowie, bo razem 371 razy; tu też wynik był bardzo pomyślny, bo prawie 90 prc. leczonych wyzdrowiało. Liczby z powiatów są jednak bardzo niedokładne; czasem nawet lekarze donosili tylko, że „używano surowicy kilkadziesiąt razy, zawsze z najlepszym skutkiem". Zapewnie więc liczba wyżej podana (528) obejmuje tylko przypadki, które doszły napewno do wiadomości władzy; natomiast niewątpliwie używano jej daleko częściej, nie donosząc o tem władzy.

5. Z krztuśca (kokluszu) wykazano 9247 zmarłych, t. j. 1·26‰ ludności; najmniej we Lwowie (0·03‰), w powiatach zbarazkim (0·04‰), brzeżańskim (0·05‰) i w Krakowie (0·08‰); — najwięcej w powiecie bohorodczańskim (6·13‰), rudeckim (4·65‰) i t. d. (Zwrócić jednak należy uwagę na niedbałą korektę druku tego ustępu, str. 29, gdzie raz podano powiat brzeżański w szeregu z największą śmiertelnością i to 290‰ (chyba przez opuszczenie punktu dziesiętnego), a zaraz niżej w szeregu powiatów z najmniejszą śmiertelnością (0·05‰).

6. Z powodu ospy wykazano w całej Galicyi tylko 287 zmarłych, czyli 0·039‰ ludności.

[1]) Reskrypt c. k. Minist. spraw wewn. z dnia 7/III. 1887 r. l. 3098, w ustępie końcowym mówi wyraźnie: „Po nadejściu doniesienia od zwierzchności gminy.... należy wydelegować zaraz lekarza powiatowego dla sprawdzenia choroby .. i t. d." A znamy przypadki, że lekarz urzędowy przybywał dopiero po paru tygodniach!

Porównywując liczbę tę z liczbami lat poprzednich

w roku 1896 wykazano 594 zmarłych
„ „ 1897 „ 1161 „
„ „ 1898 „ 2003 „
„ „ 1899 „ 1644 „
„ „ 1900 „ 287 „

przekonywamy się, że w roku sprawozdawczym liczba zmarłych na ospę znakomicie się zmniejszyła. Bo też widocznie walkę z tym wrogiem prowadzono bardzo energicznie, kiedy, — jak widzimy ze Sprawozdania, — epidemia, która w roku 1899 objęła w powiecie borszczowskim 37 gmin z 774 chorymi, ograniczoną została do czerwca 1900 r. do 5 gmin z 26 chorymi i tylko bardzo nieznacznie rozszerzyła się na sąsiedni powiat husiatyński (8 gmin z 52 chorymi). Podobniez epidemia z roku 1899 w powiecie kosowskim z 35 gminami a 687 chorymi stłumioną została do końca r. 1899 zupełnie.

„W Krakowie od roku 1898 zdarzały się dość częste przypadki ospy. Aż w roku 1900 wykazano 68 przypadków ospy, z tych 14 śmiertelnych. „Badanie na miejscu, przeprowadzone w marcu 1900 r. przez krajowego rrferenta sanitarnego, wykazało liczne zaniedbania, tak co do donoszenia o zachorowaniu, co do utrzymywania chorych w ewidencyi i śledzenia za źródłem choroby, co do odosobnienia chorych, desinfekcyi zakażonych przedmiotów i mieszkań tak, iż niewątpliwie tylko zaniechaniu wszelkich środków ostrożności przypisać należy długie trwanie epidemii ospy w Krakowie“.

„Trudno zaprzeczyć, że gdy odtąd powołane do tego organa gminne zwracały więcej uwagi na epidemię ospy w Krakowie, epidemia ta wreszcie w czerwcu 1900 zupełnie wygasła“. Przyniosła jednak tę korzyść, że Wydział krajowy rozpoczął nareszcie przygotowania do budowy „obszernego“ (może osobnego, bo zbyt obszernym on nie jest) pawilonu dla zakaźnych, którego budowę rozpoczęto z wiosną 1903, a który obecnie od prawie dwóch lat jest w używaniu.

Sprawozdanie podaje dalej zarządzenia władzy w różnych miastach i powiatach, którym zawdzięczyć należy stłumienie epidemii, a które dowodzą, że władze w tych przypadkach z całą energią kontrolowały organa sobie podwładne i gdzie tego zaszła potrzeba czynnie do walki z epidemią występowały, co — jak stwierdzają liczby — tak znakomite wydało owoce. Z takich ustępów czerpie czytelnik lepszą otuchę na przyszłość, że może kiedyś i w Galicyi epidemie ospy należeć będą do historyi.

7. Z płonicy wykazano w 1900 roku 6773 zmarłych (w r. 1897 było 9.810, w 1898 r. 10.340, w 1899 r. 8885). Liczba to znowu mniejsza, niż w latach poprzednich. Z przytoczonych w Sprawozdaniu szczegółów widzimy, że mimo rozszerzania się płonicy na całą prawie Galicyę, gdyż tylko w dwóch powiatach, kałuskim i rawskim, nie stwierdzono przypadków płonicy, przecież liczba zachorowań, stwierdzona w całym kraju, dochodzi tylko do 15.653 osób w 781 gminach (w 1897 r. 19.269, — w 1898 r. 22.624, — w 1899 r. 19.428). Zdawałoby się to znowu świadczyć, że epidemia mimo swej znanej zaraźliwości znalazła w zarządzeniach odpowiednich przeszkodę w przenoszeniu i szerzeniu się. Za to znowu odsetek zmarłych (23·3 prc. chorych) świadczyć się zdaje o znaczniejszej złośliwości epidemii.

8. Na odrę wykazano 2437 zmarłych, liczba w stosunku do lat poprzednich uderzająco mała (w 1898 r. było 8018 — w 1899 roku 6661). Sprawozdania urzędowe lekarzy i zwierzchności gminnych podają w całym kraju 18.708 przypadków zachorowań na odrę (w roku 1898 było 47.862, w 1899 r. 38.500) ze śmiertelnością 5·9 prc. Więc i tu widzimy poprawę. (Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Ciąg dalszy).

IV.

Zabiegi chirurgiczne w chorobach nierakowatych żołądka.

Monprofit (z Angers) jest zwolennikiem zabiegów chirurgicznych w chorobach nierakowatych żołądka i przytacza cały ich szereg: Punkcya (nakłucie) żołądka; cięcie brzuszne rozpoznawcze; rozszerzenie odźwiernika zewnątrz i śródżołądkowe; plastyka odźwiernika; gastrotomia rozpoznawcza z następowem przyszyciem żołądka (*gastropexia*); wyskrobanie i przyżeganie żołądka; gastrostomia; wycięcie żołądka częściowe; gastroplastyka; gastroplikacya (fałdowanie i wgłobienie ściany żołądka); plastyka wnęki; przyszycie żołądka pośrednie i bezpośrednie; gastroanastomoza; rozszerzenie wnęki od strony ust; wycięcie wnęki; wycięcie odźwiernika; wykluczenie odźwiernika; wycięcie całego żołądka; wykluczenie zupełne żołądka; gastroenterostomia.

Wskazania do operacyi można w następujących zdaniach streścić:

1. Choroby żołądka, opierające się racyonalnemu leczeniu, są niemal zawsze uleczalne przez operacyę.

2. Większość przypadłości żołądkowych prędzej się da wyleczyć drogą operacyjną, aniżeli leczeniem wewnętrznem.

3. Nie należy uważać wycieńczenia chorego za jedyne wskazanie do operacyi; przeciwnie, należy operować, gdy wystąpią pierwsze bole żołądka i gdy się rozpoczyna zwężenie odźwiernika.

4. Zabieg operacyjny, rychło wykonany w chorobach dobrotliwych żołądka, najskuteczniej zapobiega powstawaniu nowotworów złośliwych.

Rotgans (z Amsterdamu) podaje przedewszystkiem na podstawie własnych 76 operacyi zapatrywanie swoje na powstawanie wrzodów, wskazanie do operacyi i chwilę do tego stosowną. Następnie omawia zapatrywania innych chirurgów. Ponieważ nie znamy prawdziwej przyczyny powstawania wrzodów żołądka, uważa za jedynie wskazane leczenie symptomatyczne. Leczenie wewnętrzne daje wyniki dosyć zadowalniające, a następstwa operacyi są dość poważne, dlatego nas to nie uprawnia do pośpiesznego operowania. Na 64 chorych wykonał on 76 operacyi, z tych umarło 4 chorych, niewyleczonych jest 7, wyleczonych, ale później zmarłych na następstwa choroby żołądka 2, całkowicie wyleczonych 54, w jednym przypadku wynik nieznany. Pierwszeństwo oddaje on gastroenterostomii, a wycina wrzód tylko tam, gdzie się to łatwo da wykonać, gdzie grozi zwyrodnienie rakowate lub występują znaczne bole, albo krwotoki. Gastroenterostomię wykonywa z przodu według Wölflera.

Mayo Robson (z Londynu) opiera swe sprawozdanie na 500 przypadkach operowanych. Śmiertelność po gastroenterostomii wynosi u niego ogółem 3·7 prc. (na 97 przypadków z praktyki prywatnej tylko 1 prc.). Operacyę wykonywa od tyłu blizko dolnego brzegu żołądka i w małem oddaleniu od dwunastnicy. W krwotokach z wrzodów wystarcza z reguły ta operacya, zostawiając w spokoju żołądek i dwunastnicę. Guzika Murphyego nie używa, lecz szyje na obrączce z kości odwapnionej.

Eiselsberg (z Wiednia). W przypadkach ciała obcego w żołądku operacya jest wskazaną, jeżeli ciało to jest duże. Przy urazach na wylot zależy wynik od rychłej operacyi. Przy oparzeniach przetworami żrącymi powstają przedziurawienia, albo zwężenia bliznowate. Jeżeli zwężenie zajmuje wnękę i odźwiernik, wskazaną jest jejunostomia. W dwóch przypadkach wykonał on z powodzeniem cały szereg operacyi: 1) jejunostomię; 2) w kilka tygodni później gastrostomię z następowem rozszerzaniem przełyku od strony żołądka; 3) w miesiąc później zaszył przetokę dwunastnicy i wykonał gastroenterostomię. Po upływie kilku miesięcy udało się cewnikowanie żołądka od strony ust i wtedy zaszył przetokę żołądka.

W przypadkach wrzodów żołądka z następowem przebiciem wskazaną jest natychmiastowa laparotomia i szew. W przypadkach krwotoków radzi E. leczenie wewnętrzne, póki krwawienie nie ustąpi, potem wskazaną jest operacya: gastrektomia, gastroenterostomia lub jejunostomia. Jako operacyę wyboru uważa gastroenterostomię tylną.

Jonnesco (z Bukaresztu) streszcza swe zapatrywania w następujących zdaniach:

1) Zabieg chirurgiczny w chorobach nierakowatych żołądka prawie zawsze jest wskazanym. 2) Przypady, których usunąć nie może racyonalne leczenie wewnętrzne, często wyleczy zabieg chirurgiczny. 3) Wycięcie odźwiernika jest operacyą idealną w przypadkach wrzodu, połączonego ze zwężeniem; operacyą wyboru jest gastroenterostomia. Wykonuje ją od tyłu według Hackera i nie miał w następstwie błędnego koła. 4) Zakłada zawsze szew i występuje przeciwko używaniu guzików Murphyego, płytek Senna i t. d. Tego samego dnia po operacyi odżywia chorego przez usta. Zwłoka w odżywianiu jest niepotrzebną, jeżeli szew trzyma dobrze. 6) Niektóre operacye na żołądku powinno się wykonywać łącznie z gastroenterostomią. 7) Pomoc chirurgiczna musi być śpieszna, zanim wystąpią poważne powikłania.

Mattoli (z Ascoli Piceno) nie przybył, ale podał swe sprawozdanie, które kończy tem, że gastroenterostomia wybiła się na czoło wszystkich operacyj na żoładku. Stosowano ją początkowo z niedowierzaniem; z biegiem czasu jednak wydoskonalona stała się płodną świetnymi wynikami.

W *dyskusyi* podał Hartmann (Paryż), że śmiertelność po gastroenterostomii wynosiła 23 prc. przed rokiem 1900 i spadła obecnie na 6 prc. Zaleca on gastroenterostomię tylną.

Lambotte (Antwerpia) operował 167 razy z śmiertelnością 10 prc. Gastroenterostomia jednak nie wystarcza we wszystkich przypadkach.

Garré (Królewiec) wycina żołądek tylko w przypadkach podejrzanych raka.

Cardenal (Barcelona) zwraca uwagę na gastroenterostomię tylną według Petersena.

Sinclaire White (Sheffield) twierdzi, że baczyć należy przy gastroenterostomii, czy to jest przednia, czy tylna, aby się przetokę założyło w punkcie najniższym żołądka.

Ricard (Paryż) zaleca zabieg tylko w przypadkach wrzodu odźwiernika.

Kocher (Bern) upomina się, aby chirurg rozstrzygał o potrzebie operacyi.

Herczel (Budapest) zaleca gastroenterostomię tylną Na 151 przypadków stracił 4.

Czerny (Heidelberg) przypomina, że już w roku 1882 wykonał eliptyczne wycięcie żołądka, zaleca jednak gastroenterostomię tylną według Hackera, przyczem czasem używa guzika Murphyego.

Rydygier (Lwów) przypomina, że pierwszą resekcyę odźwiernika wykonał już przed 25-ciu laty i że podówczas referent w „Zentralblatt für Chirurgie“ uczynił uwagę: „hoffentlich die letzte“.

Lorthioir (Bruksela) zwraca uwagę na wrodzone zarośnięcie (*atresia*) odźwiernika, mało znane.

Sonnenburg (Berlin) wyniósł wrażenie z dyskusyi, że w przyszłości należy częściej wykonać resekcyę, łącząc ją z gastroenterostomią.

Monprofit (Angers) występuje przeciw szerokim anastomozom, zalecanym przez Ricarda.

(Ciąg dalszy nastąpi). *Bogdanik.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Smutny rozdział. (Nędza w zawodzie lekarskim). Wiedeńska Sonn- und Montags-Zeitung ogłosiła w ostatnim numerze wrześniowym pod powyższym tytułem artykuł, w którym maluje szerokiej publiczności w prawdziwem świetle całą nędzę lekarzy obecnej doby. Artykuł ten jest niezwykle aktualnym tak, że go powtórzyły za pismem politycznem niektóre pisma zawodowe lekarskie i dlatego pozwalamy sobie na tem miejscu podać jego zajmującą treść w przekładzie:

To, co zwykle spostrzegamy, przyglądając się codziennemu życiu, jest tylko zwodniczym blaskiem, jest w pozory otuloną prawdą: siedzimy jakby w widowni budynku teatralnego i widzimy, jak ludzie biegają po scenie tam i napowrót, jak się poruszają, działają, zapalają i mamy to przeświadczenie, że życie za kulisami inaczej płynie, niż na „deskach teatralnych, które mają wyobrażać życie“. Wiemy o tem, że czuła para miłośna poza sceną wiodzie bój z sobą zacięty, wiemy o tem, że to całe szczęście, dobrobyt i zadowolnienie, jakie oglądamy na scenie, to tylko maski, że to tylko owe kłamstwa życiowe, bez których życie samo byłoby niemożliwe. A mimoto dziwimy się, kiedy kulisy z jakiejkolwiek przyczyny upadają, kiedy mgła się rozdziera, co kryła dalekie widoki, a my przed sobą spostrzegamy nagie, brutalne życie w jego prawdziwej postaci.

Jedna z rozpraw sądowych w Berlinie odsłoniła w ostatnich tygodniach dramat inteligentnego proletaryusza. Tym razem był nim przypadkowo lekarz; a ponieważ nam się zdaje, że ten poszczególny przypadek mieści w sobie część ogólnej, dotąd starannie ukrywanej prawdy, pozwolimy sobie pokrótce go na tem miejscu naszkicować. Pewien przedsiębiorca budowlany zauważył, że mu ginie na budowie w niezrozumiały dla niego sposób drzewo budulcowe. Służąca doniosła mu, że zwykle wieczorem skrada się na budowę jakiś mężczyzna, należący, o ile z pozorów sądzić może, do lepszych sfer społecznych, że się trwożliwie w koło rozgląda, a potem znika z kilkoma kawałkami drzewa, które pod płaszczem starannie ukrywa. W jakiś czas potem zjawia się zwykle jakaś dama, która robi to samo. Władza, o tem powiadomiona, ustawiła na czatach żandarma, któremu się udało schwycić obie osoby na gorącym uczynku. Kto opisze zdziwienie interesowanych, kiedy się okazało, że złodziejem jest mieszkający w tejże dzielnicy praktyczny lekarz? Bez zawinienia popadł w nędzę. Mimo pilności i dobrej woli nie mógł się dobić żadnej praktyki. I aby wśród ciężkich mrozów lutego módz w ciepłem mieszkaniu przynajmniej marzyć o lepszej przyszłości, zaczął kraść drzewo. Sąd, uwzględniając łagodzące okoliczności, a mianowicie przyznanie się, skruchę i nędzę, skazał go na tydzień, a żonę jego na dwa dni więzienia.

Na pewno spotkamy się z zarzutem, że to jest wyjątkowy przypadek, który niema nic wspólnego z ogółem lekarzy. Wszak przeważnie lekarzom powodzi się dobrze, a niektórym nawet znakomicie. Te wszystkie zarzuty już dawno zbiły lekarskie pisma zawodowe. Dokładnie przeprowadzona statystyka wykazała, że większość lekarzy ledwo taki ma dochód, że tylko z trudnością najkonieczniejsze potrzeby nim zaspokoić mogą. A odnosi się to nietylko do lekarzy, praktykujących w Austryi lub w Niemczech, ale również i do lekarzy francuskich, co dowiodła statystyka, niedawno ogłoszona w jednem z pism lekarskich paryskich. Dowodzi to, że mamy tu do czynienia nie ze sprawą lokalną, ale z ogólnem, ważnem społecznem zjawiskiem, a mianowicie z upadkiem średniego stanu, którego głównymi przedstawicielami są t. zwane wolne, inteligentne zawody. Gdyż nietylko lekarz skarży się dzisiaj na ciężkie czasy; także i adwokaci mogliby nam piękną, a smutną zanucić pieśń o obecnej biedzie, a ktoby zdołał zgodnie z rzeczywistością opisać dolę innych „inteligentnych“ zawodów, z pewnością znalazłby dużo tematów i scen, podobnych do tych, które rozprawa sądowa w Berlinie światu odsłoniła.

Bo czyż lepiej wiedzie się dzisiaj urzędnikowi, nauczycielowi lub pisarzowi? Czy oni nie odczuwają tego również, jak spada w cenie z dnia na dzień praca umysłowa? Czy mimoto, że wiedzą, iż niektórzy z pośród nich wygrali na loteryi życia wielki los, czyż mimoto nie prześladuje ich na każdym kroku szary upiór troski o byt?

Społeczna nędza właśnie u lekarza najbardziej wpada ludziom w oczy: opisując sceny, jak ta wyżej przytoczona, odczuwamy właśnie u lekarza najdotkliwiej ból, bośmy przywykli słuchać i wierzyć w tylekroć powtarzane hasła: „Galenus dat opes“, lub „praxis aurea“. Świat żąda od młodego lekarza przedewszystkiem kłamstwa, kłamstwa i jeszcze raz kłamstwa. Chcąc mieć praktykę, musi wszędzie i zawsze opowiadać o swem wielkiem zajęciu, jak jest znużony, jak mu spokojnie ani zjeść, ani się wyspać pacyenci nie pozwalają; w przeciwnym razie nikt go nie wezwie, gdyż nikogo bardziej nie unikają ludzie, jak lekarza bez praktyki, a nic ich więcej nie ciągnie, jak opowieści, że ten lub ów uczeń Eskulapa jest wprost rozrywany przez pacyentów i że gromadzi olbrzymie skarby. Młody lekarz musi zatem kłamać, naturalnie zawsze w tej błogiej nadziei, że kłamstwo stanie się prawdą i że wreszcie naprawdę osiągnie to, co z pozoru już dawno niby osiągnął. To właśnie było przyczyną, dla której lekarze dotąd milczeli, dlaczego byli najwstydliwszymi z pośród wszystkich inteligentnych proletaryuszy. Aż nastała chwila, że się pozory nadal utrzymywać nie dały. Lekarz i powieściopisarz

v. Schullern opisał nędzę lekarzy w powieści swej p. t.: „Die Aerzte". Książka ta otworzyła oczy tysiącom ludzi. I lekarze sami się podnieśli i potworzyli stowarzyszenia, aby za przykładem proletaryuszów i kapitalistów strejkiem i kartelem poprawić swoją dolę. Strejk lekarzy, długo bardzo wyśmiewany jako utopia, stał się smutną prawdą w Lipsku i innych niemieckich miastach. Jakże się strejk da pogodzić z zasadami humanitarności? — wołają filantropi. Czyż nie jest lekarz apostołem miłości bliźniego i czyż wolno mu kiedykolwiek odmówić pomocy choremu? Lekarze nie pozostali dłużni odpowiedzi. „Miłość bliźniego" — wywodzili oni — „zaczyna się od siebie samego. A społeczeństwo, które wołanie o pomoc swego własnego obrońcy pozostawia bez odpowiedzi, nie może mieć pretensyi do bezwzględnej pomocy od tego, o którego ani na chwilę nie dba, ani się troszczy. Boć czyż to nie jest śmieszną rzeczą, aby w takiej chwili, gdzie lekarze takie stworzyli ogromy, gdzie wybudowawszy olbrzyma, gmach higieny i modnej profilaktyki przed chorobami zakaźnemi, sam sobie wykopali grób, aby w takiej chwili bezinteresowny objawiciel nowej nauki leczenia, który ludzkość uszczęśliwił i wyratował z niejednej toni, musiał w pocie czoła zdobywać skromny chleb codzienny?! Czyż to nie jest smutną rzeczą, że w jednej niemieckiej gminie (prawda — a nie fantazya!) znalazł się lekarz w takiej biedzie, że spełniał obowiązki stróża nocnego? Czyżby w to kto uwierzył, że o skromną posadę sekretarza zgłosiło się dwóch dyplomowanych lekarzy? Jeśli wy o nas nie dbacie, jeśli spokojnie patrzycie, jak my z głodu giniemy, toć nam nie pozostaje nic innego, jak wziąć się do samopomocy"!

Fakt ten, że lekarze przestali się wstydzić i pomyśleli o solidarnej obronie własnych interesów, miał błogie skutki. Napływ uczniów na medycynę gwałtownie spadł; jest jednak jeszcze zawsze za wielki i łatwo może sprowadzić dalsze proletaryzowanie stanu lekarskiego. Każdy młody człowiek jest optymistą i coś z tego optymizmu zawsze pozostanie i w wieku starszym, a więc i w rodzicach akademickiej młodzieży. Chętnie się wskazuje dla przykładu na jednego lub na drugiego lekarza, któremu nibyto znakomicie się wiedzie. Nibyto !boć prawdę znają tylko wtajemniczeni. Bo, że jeden lub drugi wygrał wielki los na loteryi życia, a że jeden lub drugi szczególnem szczęściem lub wybitnym osobistym talentem wybił się na wierzch, to nie daje miary przeciętnej, a tylko przy pomocy liczb odsetkowych możemy otrzymać matematyczne prawdopodobieństwo.

Kwestyę powyższą omówiliśmy tak szeroko głównie dlatego, że rozpoczął się nowy rok akademicki, że więc tysiące młodzieńców i wraz z nimi tysiące rodziców stoją wobec ważnego pytania, jaki obrać zawód. Zawód lekarza jest ciężki i pełen cierni. Wymaga, jak żaden inny, postawienia na kartę nieraz zdrowia i życia i wyzbycia się wszelkiej osobistej wolności. Lekarz jest niewolnikiem swoich chorych. Dawniej pocieszał się tem, że mu za niewolę płacą złotem, dziś i tej pociechy niema. Kto dziś ma odwagę zostać lekarzem, ten musi obok płonącego idealizmu posiadać bezpretensyonalną skromność, która upatruje jedyne szczęście życiowe w spełnieniu obowiązków zawodowych. *Stahr.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 2 listopada.

* *Od prof. Browicza otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

„Towarzystwo lekarskie krakowskie podejmuje dalszą pracę nad udoskonaleniem i uzupełnieniem słownika lekarskiego polskiego. W imieniu Komisyi słownikowej upraszam lekarzy polskich o nadsyłanie wszelkich uwag, wniosków, jakoteż materyału słownego z pojedynczych działów medycyny na ręce podpisanego, jako przewodniczącego Komisyi słownikowej.

Wszystkie pisma lekarskie polskie upraszam o pomieszczenie tej odezwy. *Prof. Browicz.*

* Dnia 24 z. m. odbyło się posiedzenie Komisyi sanitarnej miejskiej. Przewodniczył Komisyi wiceprezydent Chyliński, który zaznaczył, że Komisyę zwołano z powodu obecności w Krakowie protomedyka Radcy dworu dr. Merunowicza. Fizyk miejski dr. Wilkosz podał do wiadomości Komisyi, że wskutek zarządzonych rewizyi sanitarnych weszło około 800 doniesień urzędowych o nieporządkach w mieście, nad których rychłem usunięciem czuwają inspektorowie rewirowi, ustanowieni ze względu na grożące niebezpieczeństwo cholery. Dalej zawiadomił fizyk miejski, że nad każdym przyjeżdżającym do Krakowa z okolic nawiedzonych cholerą czuwa miejscowa władza sanitarna przez szereg dni, aby było możliwem stwierdzenie ewentualnego pierwszego przypadku i zapobieżenie rozszerzeniu się zarazy.

Protomedyk Radca dworu dr. Merunowicz podał, że według wiadomości, otrzymanych z Królestwa Polskiego, szerzy się tam epidemia cholery, której pojawienia się musimy się obawiać w naszym kraju, jeżeli już nie w tym roku, to zapewne z wiosną roku przyszłego, pod tym względem bowiem doświadczenie, uczynione w latach wielkich wojen przekonało o szerzeniu się epidemii po ukończeniu wojny. W przewidywaniu tego dla naszego kraju groźnego niebezpieczeństwa, potrzebna jest ciągła gotowość władz sanitarnych celem stłumienia go w zarodku, co wobec dzisiejszych środków nauką i doświadczeniem stwierdzonych nie będzie trudnem, jeżeli osoby do tego powołane spełnią należycie swoje zadanie. Celem przekonania się o stanie miejskich urządzeń na wypadek epidemii w Krakowie, zbadał protomedyk osobiście szpital epidemiczny, urządzony obok szpitala Bonifratrów i przekonał się, że jest zupełnie dobry. Toż samo może powiedzieć o miejskim domu izolacyjnym, urządzonym w ogrodzie Angielskim. W przemówieniu swem zaznaczył dr. Merunowicz, że oprócz tych, znacznym nakładem urządzonych instytucyi zachodzi jeszcze w Krakowie konieczna potrzeba zorganizowania stałej miejskiej służby sanitarnej, a pod tym względem powołał się na zdanie, wypowiedziane w kwietniu b. r., że mianowicie liczba lekarzy miejskich jest w Krakowie niedostateczną i w myśl ustawy krajowej należy utworzyć posady jeszcze dwu lekarzy miejskich. Protomedyk dr. Merunowicz zaznaczył, że obecna instrukcya, obowiązująca lekarzy miejskich jest niedostateczną i że rozszerzenie ich zakresu działania, stosownie do obecnych wymagań nauki jest niezbędnem.

Przewodniczący wiceprezydent Chyliński podał, że reorganizacya magistratu, a tem samem i miejskiej służby zdrowia jest właśnie na porządku dziennym i nastąpi w czasie najbliższym a odnośny referat jest gotowy. Ze sprawą organizacyi lekarzy miejskich łączy się także sprawa utworzenia lekarzy szkolnych.

W obszernej dyskusyi na temat powyższy, w której wzięli udział dr. Seńkowski, Jordan, Domański i Ponikło, przeważyło zapatrywanie, że łączenie organizacyi lekarzy miejskich z ustanowieniem lekarzy policyjnych przez rząd zaprowadzić się mających, jak niemniej lekarzy szkolnych, jest nieodpowiedniem i że należy równolegle traktować sprawę pomnożenia lekarzy miejskich o 2 ze zmianą dotychczasowej instrukcyi. Uchwalono też na wniosek prof. Jordana zażądać od magistratu przedłożenia w czasie najkrótszym projektu zmiany instrukcyi dla lekarzy miejskich z uwzględnieniem powiększenia ich liczby o dwóch, jak tego wymaga ustawa.

Następnym przedmiotem dyskusyi była sprawa budowy szpitala epidemicznego i domu izolacyjnego. Według wyjaśnień Komisyi udzielonych, kosztuje najem lokalu i inne wydatki, połączone z utrzymywaniem szpitala epidemicznego koło szpitala Bonifratrów sumę 2,340 K rocznie. Wobec tego znacznego wydatku okazuje się koniecznem zbudowanie własnego szpitala i domu izolacyjnego, co też Komisya na wniosek wiceprezydenta Saarego uchwaliła przedstawić magistratowi.

Wskutek poruszonej przez p. protomedyka Merunowicza sprawy schroniska brata Alberta, przyjęła Komisya do wiadomości, że dla tego zakładu jest już opracowana osobna instrukcya, na wzór obowiązujących w innych zakładach tego rodzaju i ta wejdzie w życie jeszcze w roku bieżącym.

W końcu posiedzenia wskutek wniosku wiceprezydenta Chylińskiego przystąpiono do wyboru 4 członków podkomisyi, mającej opracować regulamin dla przyszłych lekarzy szkolnych. Do tej podkomisyi, mającej działać w porozumieniu z sekcyą czwartą Rady miasta, wybrano drów Bielańskiego, Bujwida, Drobę i Ponikłę.

* W bezprzykładnym zamęcie, który z żywiołową siłą załamowuje wszelką działalność społeczeństwa rosyjskiego i dąży obecnie do zastoju we wszystkich gałęziach życia, spotkaliśmy się z wstrząsającą wiadomością, jakoby i lekarze zawiesili także swoją czynność zawodową i przestaną udzielać pomocy lekarskiej tak długo, aż stanie się zadość postulatom politycznym narodu rosyjskiego. Nie możemy się oprzeć przypuszczeniu, że jest to chyba krok demonstracyjny małej garstki, która nakłada najjaskrawszych barw dla okazania grozy położenia i że groźba ta w czyn nigdy się nie zamieni, a natomiast wywoła potępienie w protestujących uchwałach zbiorowych ciał lekarskich. Postanowienie takie mogli powziąć lekarze tylko pod naciskiem terorystów, działających zawsze i wszędzie z największą bezwzględnością. Gdyby jednak rzecz miała się inaczej, gdyby rzeczywiście fanatyzm polityczny

rozluźnił w społeczeństwie rosyjskiem wszystkie więzy moralne, które wkłada stygmat człowieczeństwa na dusze ludzkie, to przyszłoby się nam chyba uwierzyć, że kultura wszechludzka osiadła tylko na naskórku społeczeństwa rosyjskiego, a nie wniknęła w rdzeń i jaźń jego ducha i że płomień namiętności politycznych, jak czerwona chusta w ręku toreadora, zaślepia go i poraża najwznioślejsze właściwośc duszy ludzkiej

* Kilku lekarzy krakowskich, którzy zostali zawiadomieni o mającem nastąpić otwarciu dziecięcego Szpitala Anny-Maryi w Łodzi, zamierzało wziąć osobisty udział w tej uroczystości. Atoli brak środków komunikacyjnych stanął temu zamiarowi na przeszkodzie, a i biuro telegraficzne nie wzięło poręczenia za dojście depeszy.

* Cholera w Niemczech wygasła, biuletyny zaprzestano ogłaszać. Wszystkich przypadków było 281, z tych zmarło 90.

* Prof. R. Koch powrócił do Berlina z jednorocznej swojej podróży do Afryki podzwrotnikowej. Spodziewane są ważne odkrycia z tych studyów.

* Między 8 a 14 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kołomyjskim, peczeniżyńskim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.), zaleszczyckim i zbarażskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Franca Viglia mian. profesorem okulistyki w Catanii. Dr. Borri mian. profesorem zwycz. sądowej medycyny w Modenie. Dr. Ottolenghi — prof. nadzw. sądowej medycyny w Rzymie. Dr. Carrara prof. nadzw. sądowej medycyny w Turynie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Rabek ordynator warszaw szpitala dla dzieci — w Genui. Dr. Cochez prof. kliniki lekarskiej — w Algierze. Dr. Chaves, prof. kliniki lekarskiej w Buenos Ayres.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Starkiewicz i Koelichen: Przypadek porażenia Landryego, zbadany anatomicznie. Rabek: Kilka słów o rozpoznawaniu wczesnego dziedzicznego syfilisu. Ziembicki: O węgorku jelitowym (dok.). Monsiorski: Haematocele anteuterina (dok.(.

— *Medycyna* Nr. 42. Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 43. Plavec: Malá motorická epilepsie (dok.). Bocheński: Případ zánětu plic, nabytého v lůně matky (dok.). Zahradnický: Zpravá o chirurgické činnosti všeobecné okresní nemocnice v Něm. Brodě za r. 1904. Kimla: Spirochaete pallida a její význam pro aetiologii syfilis.

— *La Presse médicale* Nr. 84. Weil: Krwawiączka — jej patogeneza i terapia. — Nr. 85 Devraigne: Porada lekarska dla osesków,

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Edinger: Powstawanie płaszcza (kresomózgowia) w państwie zwierzęcem. Köllner: Znaczenie alypiny dla okulistyki. Engel: Wartość refraktometrycznego oznaczania białka przy różniczkowem rozpoznaniu między wysiękiem a przesiękiem. Blum: Przypadek śpiączki, wywołanej przerzutem raka w mózgu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43. Lüdke: Przyczynek do studyów t. zw. „komplementów". Manteufel: Przyczynek do etyologii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Stäubli: Przyczynek do nauki o miejscowej eozynofilii. Schlesinger: Przyczynek do symptomatologii choroby Barlowa. Hirschfeld: Dalsze doświadczenia z użyciem muszli usznej dla zastąpienia ubytków w powiekach. Tischler: Epidemia duru u dzieci w okręgu szkolnym miasta Deggendorf 1904—5. Bleibtreu: Przypadek akromegalii (zniszczenie przysadki mózgowej przez krwotok). Wolffhügel: Osobliwy przypadek obustronnego wodonercza po urazie (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Neusser: Hermann Nothnagel (wspomnienie pośmiertne). Schrötter: Osobliwy przypadek gruźlicy. Schmidt: Kliniczny przyczynek do patogenezy moczówki prostej. Franke: Przypadek „vagusarrhythmiae" serca w związku z ostrem zapaleniem osierdzia. Pichler: Przyczynek do symptomatologii następowego zapalenia gruczołu przyusznego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43. Oppenheim: Rozpoznanie, rokowanie i leczenie drżączki poraźnej. Hoffmann: O krętku bladym. Fischer: Doświadczalne wykazanie tętniaków. Offergeld: Technika natychmiastowego wykonywania enterostomii i rzyci sztucznej. Federmann: Przypadek rany postrzałowej kręgu piersiowego z połowiczem uszkodzeniem Brown Sequarda i porażeniem Klumpkego. Jottkowitz: Leczenie stawów rzekomych.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 43 (od dnia 22/X do 28/X) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 10; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 30, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 8 listopada, o godzinie 6 wieczorem w *„Domu lekarskim"* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prymaryusz Bogdanik przedstawi chorych: 1) z resekcyą obu stawów łokciowych i 2) z resekcyą jelita. Kol. dr. Frommer przedstawi chorych: 1) z rakiem skórnym leczonym promieniami Röntgena; 2) oraz leczonych metodą Biera. Wreszcie kol. doc. Droba poda „Wyniki badań nad epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych w Galicyi w roku 1905".

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach **reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

Opuścił prasę i jest do nabycia we wszystkich księgarniach oraz u wydawcy (**Nowogrodzka 82**, gmach instytutu publicznego szczepienia ospy ochronnej w Warszawie)

KALENDARZ LEKARSKI

Dra J. POLAKA. 109

Treść stanowią, prócz kalendarza właściwego, adresów lekarzy i instytucyi lekarskich w całym kraju oraz zwykłego działu leczniczego (dawkowanie, ratownictwo i t. p.) oraz spisu środków lekarskich z dawkami, wskazaniami i cenami, następujące nowe uzupełnienia: **lista lekarzy polaków, praktykujących w głównych miastach na Litwie, adresy lekarzy polaków w Petersburgu (sto kilkadziesiąt adresów), wszystkie w ostatnich latach wydane przez władzę krajową przepisy sanitarne** (o sprzedaży mleka, o rzeźniach, o handlu pierzem, watą i starymi rzeczami, o sprzedaży mięsa i wędlin, o pralniach i t. p.), **przepisy o dezynfekcyi przy cholerze, wskazówki dla opiekunów sanitarnych, o różnych metodach stosowania promieni leczniczych.**

Cena egzemplarza oprawnego z 4-ma notatnikami kwartalnemi i ołówkiem rb. 1 kop 50, z przesyłką pocztową (odwrotną pocztą) rub. 1 kop 60; za zaliczeniem pocztowem rub 1 kop 70.

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 167

DÜSSELDORFSKA FABRYKA

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigolletów zagranicznych".

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencyi słojowego szpiku kory drzewnej Cascara Sagrada, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancyi) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI. Żądać podpis **L. MIDY.**

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 113** w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

65

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.